

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza n°  DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per l'apertura della pratica)

### DATI DELL'ASSICURATO

|                        |                      |                  |                      |        |                      |
|------------------------|----------------------|------------------|----------------------|--------|----------------------|
| Nome                   | <input type="text"/> | Cognome          | <input type="text"/> | Sesso  | <input type="text"/> |
| Data di nascita        | <input type="text"/> | Luogo di nascita | <input type="text"/> | Prov.  | <input type="text"/> |
| Indirizzo di Residenza | <input type="text"/> | CAP              | <input type="text"/> | Comune | <input type="text"/> |
| Provincia              | <input type="text"/> | Codice fiscale   | <input type="text"/> |        |                      |

### DATI DELL'EVENTO ASSICURATO

|                                   |                      |                      |                      |                      |             |                      |          |                      |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|----------------------|----------|----------------------|
| Data e ora dell'evento            | <input type="text"/> | Luogo dell'evento    | <input type="text"/> |                      |             |                      |          |                      |
| Causa del decesso                 | <input type="text"/> |                      |                      |                      |             |                      |          |                      |
| Indicare se il decesso è dovuto a | Malattia             | <input type="text"/> | Infortunio           | <input type="text"/> | Aggressione | <input type="text"/> | Suicidio | <input type="text"/> |

Descrizione dell'evento assicurato (circostanze del decesso):

Indicare l'eventuale Autorità intervenuta (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, ect.) e relativo indirizzo:

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| Autorità  | <input type="text"/> |
| Indirizzo | <input type="text"/> |

Se il decesso è dovuto a malattia, indicarne la natura e la data di inizio:

|          |                      |      |                      |
|----------|----------------------|------|----------------------|
| Malattia | <input type="text"/> | Data | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|------|----------------------|

In caso di ricovero ospedaliero, prima del decesso, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:

|            |                      |       |                      |      |                      |
|------------|----------------------|-------|----------------------|------|----------------------|
| Struttura  | <input type="text"/> | Luogo | <input type="text"/> | Data | <input type="text"/> |
| Intervento | <input type="text"/> |       |                      |      |                      |

Indicare il nome, cognome ed indirizzo del medico che aveva in cura l'Assicurato prima del decesso:

|           |                      |         |                      |
|-----------|----------------------|---------|----------------------|
| Nome      | <input type="text"/> | Cognome | <input type="text"/> |
| Indirizzo | <input type="text"/> |         |                      |

### BENEFICIARI

|                             |                      |                                             |                      |                      |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nome                        | <input type="text"/> | Cognome                                     | <input type="text"/> |                      |
| Data di nascita             | <input type="text"/> | Luogo di nascita                            | <input type="text"/> |                      |
| Indirizzo di residenza      | CAP                  | <input type="text"/>                        | Comune               | <input type="text"/> |
| Telefono                    | <input type="text"/> | Prov.                                       | <input type="text"/> |                      |
| Codice fiscale              | <input type="text"/> | Stato                                       | <input type="text"/> |                      |
| Documento di riconoscimento | <input type="text"/> |                                             |                      |                      |
| N° documento                | <input type="text"/> | E-mail                                      | <input type="text"/> |                      |
| Fine periodo di validità    | <input type="text"/> | Rilasciato da                               | <input type="text"/> |                      |
|                             |                      | Comune (o stato estero) ed ente di rilascio | <input type="text"/> |                      |

## IL CONTO DEL BENEFICIARIO SU CUI VERRÀ EFFETTUATO IL PAGAMENTO

|             |                      |       |                      |
|-------------|----------------------|-------|----------------------|
| BANCA       | <input type="text"/> | SWIFT | <input type="text"/> |
| CODICE IBAN | <input type="text"/> |       | <input type="text"/> |

Apponendo la mia firma al presente documento confermo di aver fornito tutte le informazioni necessarie di mia spontanea volontà, in modo veritiero e senza alcuna eccezione.

|          |                      |      |                      |
|----------|----------------------|------|----------------------|
| Luogo    | <input type="text"/> | Data | <input type="text"/> |
| Telefono | <input type="text"/> |      | <input type="text"/> |

|                       |                                      |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Firma del richiedente | Firma dell'Intermediario autorizzato |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                 |

Si prega di notare che, al momento della denuncia del sinistro assicurativo, a seconda delle circostanze del decesso dell'assicurato, sarà necessario fornire la documentazione indicata nell'art. 21 delle Condizioni di assicurazione, che include:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) il Certificato di morte originale in carta semplice</li> <li>b) eventuale certificato autoptico</li> <li>c) originale o copia conforme all'originale del certificato</li> <li>d) in caso di decesso conseguente a incidente stradale, infortunio, suicidio o omicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo dell'evento ed eventuale documentazione di chiusura inchiesta rilasciata dalla Procura competente necroscopico rilasciato dall'ASL di competenza o modello I.S.T.A.T</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- copia conforme dell'originale della cartella clinica, o verbale del 118 se intervenuto e certificato di decesso rilasciato dal medico competente</li> <li>- copia della carta di identità e codice fiscale o tessera</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Parte integrante di questa sinistra è il modulo "RELAZIONE MEDICA - CASO MORTE" compilato dal medico competente e l'informativa sulla privacy.