

DENUNCIA DI SINISTRO PER IL CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

N. di Polizza: _____

Contraente: _____

Assicurato: _____

Dati Beneficiario (compilare un modulo per ogni Beneficiario)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
documento di riconoscimento n. _____ rilasciato da _____ in data _____
(che si allega), in qualità di beneficiario della polizza n. _____

COMUNICA

il decesso di _____, Assicurato della polizza in oggetto, avvenuto a causa
di _____
(malattia, incidente, infortunio, etc....)

A seguito di quanto sopra allega:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice.

Inoltre, si riserva di inviare:

- copia del codice fiscale del Beneficiario;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, originale o copia autenticata dell'atto di notorietà, (redatto e sottoscritto da un Beneficiario) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, (redatta e sottoscritta da ogni Beneficiario) che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

NB: In caso di esistenza di testamento l'atto di notorietà o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà devono riportarne gli estremi, precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;

- originale o copia autenticata del testamento (se esistente);
- modulo di identificazione del Beneficiario (**compilato dall'Intermediario**);
- modulo di attestazione di residenza fiscale (CRS).

Oltre alla documentazione sopra elencata, si riserva di inviare:

- In caso di prodotti che prevedano una copertura caso morte (in tutti gli altri casi tale documentazione dovrà essere fornita solo su esplicita richiesta di Pramerica):
 - relazione del medico curante (per il cui contenuto si può far riferimento al modulo scaricabile sul sito www.pramerica-group.it);
 - originale o copia autenticata della cartella clinica integrale;
 - in caso di decesso conseguente ad infortunio, incidente stradale, omicidio e/o suicidio, copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

- In caso di minori, incapaci o interdetti:
 - originale o copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al/i tutore/i designato/i a riscuotere in nome e per conto del Beneficiario (minore, incapace o interdetto) le somme derivanti dal contratto, con indicazione del numero di polizza e dell'importo e con esonero di Pramerica da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
 - copia del codice fiscale e del documento di identità in corso di validità del/i tutore/i designato/i;
- In caso di Beneficiario Persona Giuridica:
 - originale o copia conforme della visura camerale dal quale si evince il nominativo del rappresentante legale o decreto di nomina del legale rappresentante;
 - copia del codice fiscale e del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante;

Inoltre, in considerazione di particolari esigenze istruttorie, Pramerica si riserva il diritto di richiedere eventuale ulteriore documentazione (anche di carattere sanitario) strettamente necessaria e finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni e l'esatta individuazione degli aventi diritto (i.e. copia del referto autoptico e della indagine tossicologiche, decreto di chiusura istruttoria emesso dalla Procura della Repubblica).

Avvertenza: le richieste di pagamento inesatte e/o incomplete potrebbero comportare un differimento dei tempi necessari per la liquidazione della somma assicurata.

L'importo di liquidazione dovrà essere accreditato sul seguente:

IBAN _____

Intestato a _____

Data e luogo _____

Il Beneficiario _____ l'Intermediario _____