

N. di Polizza: _____

Nome del Prodotto: _____

Contraente: _____

Assicurato: _____

DENUNCIA DI SINISTRO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____
via _____ n. _____,
tel. _____ in qualità di beneficiario della polizza in oggetto

COMUNICO

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

A seguito di quanto sopra allego la seguente documentazione:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- copia del codice fiscale e copia del documento di identità valido del/i Beneficiario/i;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di Attestazione di Residenza Fiscale FATCA/CRS (solo per PG)
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, atto di notorietà (in originale o copia conforme) 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.
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 conforme del testamento se esistente;

Inoltre, per polizze che prevedono la copertura caso morte, allego:

- relazione medica sottoscritta dal medico curante;
- originale o copia conforme all'originale della/e cartella/e clinica/he (se esistenti);
- copia conforme del Verbale Autorità Giudiziaria (ASL, Polizia, Carabinieri etc...) che ha effettuato gli accertamenti sul luogo dell'incidente;
- referto autoptico (solo in caso di incidente).

Luogo _____

Data _____

Il Beneficiario

Visto del Vincolatario
(quando esiste un vincolo o un beneficio accettato)

L'Intermediario

N.B. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione finalizzata a comprovare l'effettiva sussistenza dell'obbligo al pagamento delle prestazioni e l'esatta individuazione degli aventi diritto; tale documentazione potrà essere richiesta solo in caso di necessità e in considerazione di particolari esigenze istruttorie.