

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 documento di identità valido del/i Beneficiario/i;
- certificato di esistenza in vita o autocertificazione in originale dei beneficiari;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- Attestazione di Residenza Fiscale PG e Ditta Individuale (solo se beneficiario è Persona Giuridica);
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, atto notorio o dichiarazione sostitutiva con firma autenticata da pubblico ufficiale con relativa apposizione della marca da bollo debitamente annullata (richiedibile presso il comune di residenza), recante le seguenti informazioni:
  - Se il defunto ha lasciato o meno testamento;
  - In assenza di testamento si indichi l'elenco degli eredi legittimi;
  - In presenza di testamento si fornisca copia autenticata del testamento pubblicato ai termini di legge e si dichiari che tale testamento è, per quanto a conoscenza del dichiarante, l'ultimo, valido e non impugnato;
- indicazione delle modalità con le quali deve essere liquidato il contratto, senza omettere, in caso di liquidazione attraverso bonifico bancario, il codice IBAN e gli estremi del conto corrente intestato al beneficiario.

#### 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.**