

|    |     |           |
|----|-----|-----------|
| BI | CAB | SPORTELLO |
|----|-----|-----------|

|             |             |
|-------------|-------------|
| CONVENZIONI | N° ADESIONE |
|-------------|-------------|

## DENUNCIA DI SINISTRO

La preghiamo di compilare il presente modulo in stampatello e di inviarlo, completo della documentazione prevista, alle Compagnie competenti.

ASSICURATO (Cognome e Nome): \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

### Dati relativi all'Assicurato / Avente Causa

Cognome e nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_  
Documento di riconoscimento (tipo e numero) \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Luogo e data \_\_\_\_\_

### Riquadro da compilare in caso di decesso dell'Assicurato

L'Avente Causa dichiara che si è verificato il decesso dell'Assicurato in data: \_\_\_\_\_

Compagnia competente in caso di decesso dell'Assicurato: **NET INSURANCE LIFE S.p.A.**

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)

fax 02 / 688 269 40

### Riquadro da compilare in presenza di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato

#### L'Assicurato dichiara di essere:

- Occupato settore privato con contratto a tempo indeterminato;
- Occupato settore pubblico;
- Occupato con contratto a tempo determinato, a progetto;
- Autonomo/Libero professionista;
- Non occupato, studente, casalinga, pensionato

Sinistro avvenuto il \_\_\_\_\_ a seguito di (breve descrizione modalità sinistro):

---

---

---

---

Compagnia competente in caso di sinistri DIVERSI dal decesso dell'Assicurato: **NET INSURANCE S.p.A.**

CBP Italia S.A.S. - Viale Lancetti, 43 20158 Milano

mail: [sinistri-cbp@cbp-italia.eu](mailto:sinistri-cbp@cbp-italia.eu)

fax 02 / 688 269 40

### RIFERIMENTI BANCARI PER IL PAGAMENTO

IBAN \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE IN BASE ALLA TIPOLOGIA DEL SINISTRO:****DECESSO dell'Assicurato - valida per tutti gli Assicurati - :**

- originale/copia del certificato di morte dell'Assicurato riportante la data di nascita;
- RELAZIONE SANITARIA RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE attestante la causa del decesso dell'Assicurato e completa di anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento alla patologia che ha causato il decesso;
- copia di eventuali cartelle cliniche e/o documentazione sanitaria correlata;
- se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale di eventuali cartelle cliniche, complete di anamnesi, relative ai ricoveri subiti dall'Assicurato in relazione alla malattia che ha causato il decesso;
- in caso di decesso avvenuto in seguito ad infortunio, omicidio o suicidio:
  - copia del referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
  - verbale dell'Autorità Giudiziaria intervenuta sul luogo del decesso.
- se esiste testamento: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del verbale di pubblicazione del testamento
- se non esiste testamento:
  - dichiarazione sostitutiva di notorietà, autenticata da un Pubblico Ufficiale, dalla quale risulti che non esiste testamento e, nel caso in cui il Beneficiario fosse indicato in modo generico (es.: figli, coniuge, eredi, ecc.), che riporti l'indicazione degli eredi legittimi ed il grado di parentela;
- una richiesta di liquidazione, sottoscritta da tutti i Beneficiari caso morte in presenza dell'Intermediario o con firma autenticata da un Pubblico Ufficiale che deve riportare le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del/i Beneficiario/i (indirizzo completo, data e luogo di nascita, codice fiscale);
  - indicazione delle coordinate bancarie dei conti correnti intestati ad ognuno dei Beneficiari, per l'accredito dell'importo liquidabile;
  - fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale di tutti i Beneficiari, firmata dagli intestatari dei documenti;
  - in caso di beneficiari persone giuridiche, fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale del legale rappresentante, nonché un documento societario che ne attesti la rappresentanza legale;
  - in caso di beneficiari minorenni o interdetti: copia conforme all'originale, autenticata da un Pubblico Ufficiale, del decreto del Giudice Tutelare sulla destinazione del capitale.

**INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:**

- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione del Sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del Sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di Sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

**INABILITA' TEMPORANEA TOTALE** *(solo per i prodotti che prevedono tale garanzia):*

- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Banca attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia del certificato del Pronto Soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

**PERDITA D'IMPIEGO** *(solo per i prodotti che prevedono tale garanzia):*

- fotocopia del documento di riconoscimento valido e del tesserino del codice fiscale dell'Assicurato;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della Rata mensile del Finanziamento;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS).

La richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata, oltre che dai documenti soprariportati, dalla dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con indicati intestatario del conto corrente bancario e codice IBAN.

Le Compagnie di Assicurazione si riservano il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia delle Compagnie di Assicurazione il cui costo sarà a totale carico di queste ultime.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie Titolari del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), contenuta all'interno del Set informativo precontrattuale, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

Luogo e Data

(Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa)

\_\_\_\_\_

Visto Banca per identificazione  
dell'Assicurato/Avente Causa  
(se previsto)

\_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato o dell'Avente Causa