

## MODULO PER DENUNCIA SINISTRI POLIZZA AXA IN CASO DI DECESSO

**CONTRAENZA** FONDO PREVIAMBIENTE

**NUMERO DI POLIZZA** 33952

### L'assicurato

COGNOME	NOME	
CODICE FISCALE	SESSO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M DATA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	CAP PROV.
DATA DEL DECESSO / /		

Richiede ad AXA Assicurazioni S.p.a. di dar corso all'operazione di liquidazione indicata

### DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

#### RICHIEDENTE

COGNOME	NOME	COD. FISCALE	SESSO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	CAP	PROV.
TIPO DI DOCUMENTO	NUMERO DI DOCUMENTO		
DATA DI RILASCIOS	LUOGO DI RILASCIOS	ENTE DI RILASCIOS	
Al fine di consentire un rapido contatto dal Fondo in caso di richiesta di integrazione documentale indica qui un recapito telefonico valido ed un indirizzo email:			
NUMERO DI TELEFONO		INDIRIZZO EMAIL	

**Status** (barrare una sola opzione):

Designato  Erede testamentario

Erede legittimo (specificare):

Coniuge  Figlio/a  Genitore  Fratello/Sorella  Altro

#### COORDINATE BANCARIE - CODICE IBAN (compilare INTEGRALMENTE)

<input type="text"/>											
COD. PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	C/C						

Banca e Filiale:

Intestato a:

**Il/La sottoscritto/a dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che: quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità. Non vi sono altri ulteriori eredi o designati rispetto a quelli indicati sulla presente scheda. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi.

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun designato **autorizza** il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Reg. EU 679/2016, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento con il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**Il/La sottoscritto/a autorizza il Fondo pensione PREVIAMBIENTE e/o il soggetto gestore della polizza assicurativa AXA Assicurazioni SPA** a effettuare, ove previsto dalla normativa vigente, l'adeguata verifica ai fini del censimento dei beneficiari della prestazione, mediante acquisizione, verifica e trattamento dei dati e della documentazione necessari, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e della normativa applicabile.

Data di compilazione

Firma



**Compilare solo in presenza di più beneficiari**

### DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

#### RICHIEDENTE

COGNOME	NOME	COD. FISCALE	SESSO	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO		
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	CAP	PROV.		
TIPO DI DOCUMENTO	NUMERO DI DOCUMENTO				
DATA DI RILASCIO	LUOGO DI RILASCIO	ENTE DI RILASCIO			

Al fine di consentire un rapido contatto dal Fondo in caso di richiesta di integrazione documentale indica qui un recapito telefonico valido ed un indirizzo email:

NUMERO DI TELEFONO	INDIRIZZO EMAIL
<b>Status</b> (barrare una sola opzione):	<input type="checkbox"/> Designato <input type="checkbox"/> Erede testamentario
Erede legittimo (specificare):	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro

#### COORDINATE BANCARIE - CODICE IBAN (compilare INTEGRALMENTE)

<input type="text"/>											
COD. PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	C/C						

Banca e Filiale:  Intestato a:

**II/La sottoscritto/a dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che: quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità. Non vi sono altri ulteriori eredi o designati rispetto a quelli indicati sulla presente scheda. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi.

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun designato **autorizza** il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Reg. EU 679/2016, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento con il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**II/La sottoscritto/a autorizza il Fondo pensione PREVIAMBIENTE e/o il soggetto gestore della polizza assicurativa AXA Assicurazioni SPA** a effettuare, ove previsto dalla normativa vigente, l'adeguata verifica ai fini del censimento dei beneficiari della prestazione, mediante acquisizione, verifica e trattamento dei dati e della documentazione necessari, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e della normativa applicabile.

Data di compilazione  Firma



**Compilare solo in presenza di più beneficiari**

### DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

#### RICHIEDENTE

COGNOME	NOME	COD. FISCALE	SESSO	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO		
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	CAP	PROV.		
TIPO DI DOCUMENTO	NUMERO DI DOCUMENTO				
DATA DI RILASCIO	LUOGO DI RILASCIO		ENTE DI RILASCIO		

Al fine di consentire un rapido contatto dal Fondo in caso di richiesta di integrazione documentale indica qui un recapito telefonico valido ed un indirizzo email:

NUMERO DI TELEFONO	INDIRIZZO EMAIL
<b>Status</b> (barrare una sola opzione):	<input type="checkbox"/> Designato <input type="checkbox"/> Erede testamentario
Erede legittimo (specificare):	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Altro

#### COORDINATE BANCARIE - CODICE IBAN (compilare INTEGRALMENTE)

<input type="text"/>											
COD. PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	C/C						

Banca e Filiale:  Intestato a:

**Il/La sottoscritto/a dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che: quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità. Non vi sono altri ulteriori eredi o designati rispetto a quelli indicati sulla presente scheda. È consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi.

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun designato **autorizza** il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del Reg. EU 679/2016, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento con il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**Il/La sottoscritto/a autorizza il Fondo pensione PREVIAMBIENTE e/o il soggetto gestore della polizza assicurativa AXA Assicurazioni SPA a effettuare, ove previsto dalla normativa vigente, l'adeguata verifica ai fini del censimento dei beneficiari della prestazione, mediante acquisizione, verifica e trattamento dei dati e della documentazione necessari, ai sensi del D.Lgs. 231/2007 e della normativa applicabile.**

Data di compilazione  Firma



## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità di ciascun Beneficiario;
- Copia del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Certificato di morte, rilasciato dal comune di residenza;
- Relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso;
- Modulo ISTAT;
- Copia del verbale rilasciato dall'autorità competente da cui si desumono le precise circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio, incidente stradale, suicidio, omicidio);
- **Per i Beneficiari eredi legittimi:** a) atto notorio redatto da un notaio indicante le generalità, stato civile, capacità ed età dei Beneficiari; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso a che la Società ne faccia uso secondo quanto disposto nonché l'indicazione di tutte gli eredi legittimi;
- **In presenza di eventuali Beneficiari minorenni o incapaci o sottoposti ad amministrazione di sostegno:** copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare che individui e autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la somma dovuta, esonerando la Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento ed al reimpiego della stessa, e indichi il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito;
- **Nel caso in cui il pagamento debba essere fatto anche in favore degli eredi del Beneficiario:**
  - **Eredi legittimi:**  
a) atto notorio redatto da un notaio comprovante che il Beneficiario non abbia lasciato testamento ed indicante le generalità, stato civile, capacità ed età dei suoi eredi legittimi; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata dinanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso all'uso da parte della Società, dalla quale risulti che gli eredi del Beneficiario, sotto la propria responsabilità, hanno espletato ogni tentativo e hanno compiuto quanto in loro potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi del Beneficiario;
  - **Eredi testamentari:**  
a) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso all'uso da parte della Società, dalla quale risulti quali sono gli eredi del Beneficiario e che, sotto la propria responsabilità, il dichiarante ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato sia l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre agli eredi menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne siano altri e che nel testamento non siano presenti revoca o modifiche della suddetta designazione.

Il Fondo e la compagnia AXA Assicurazioni S.p.A si riservano il diritto a richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. relazione medica sulle cause del decesso, cartella clinica o relazione delle Autorità in caso di incidenti o morti violente).

## NOTA

Per il pagamento sono richieste tassativamente delle coordinate IBAN di un conto corrente di intestazione del beneficiario. È essenziale che i conti di destinazione delle somme siano abilitati a ricevere bonifici. Non è possibile procedere su iban di libretti postali o afferenti a carte ricaricabili dotate di IBAN.

