

MODULO PER DENUNCIA SINISTRI POLIZZA AXA IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

CONTRAENZA	FONDO PREVIAMBIENTE	NUMERO DI POLIZZA	33952
-------------------	---------------------	--------------------------	-------

L'assicurato

COGNOME	NOME
---------	------

CODICE FISCALE	SESSO	F	M	DATA DI NASCITA
----------------	-------	---	---	-----------------

COMUNE DI NASCITA	PROV. DI NASCITA	STATO
-------------------	------------------	-------

COMUNE DI RESIDENZA	VIA	CAP	PROV.
---------------------	-----	-----	-------

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
--------------------	-----------------

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

COORDINATE BANCARIE DEL BENEFICIARIO

COORDINATE BANCARIE - CODICE IBAN (compilare INTEGRALMENTE)

Diagram illustrating the structure of various codes:

- COD. PAESE**: 2-digit code
- CIN EUR**: 2-digit code
- CIN**: 2-digit code
- ABI**: 4-digit code
- CAB**: 4-digit code
- C/C**: 8-digit code

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.

Data di compilazione _____ Firma _____

DOCUMENTAZIONE

- Copia del documento di identità in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia del verbale di accertamento dell'invalidità permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro Ente SENZA OMISSIS da cui emerga: la diagnosi, la percentuale di invalidità riconosciuta, la data di decorrenza e l'esonero da future visite di revisione;
- Documentazione clinica relativa alla diagnosi, del medico curante dell'Assicurato, sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità, unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri;
- Dichiarazione del datore di lavoro, su carta intestata, che dichiara la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro.
- Questionario di adeguata verifica per ciascun beneficiario ai fini antiriciclaggio.

Il Fondo e la compagnia AXA Assicurazioni S.p.A si riservano il diritto di 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.

