

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	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
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)					
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
COD. PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	C/C
Banca e Filiale: <input type="text"/>			Intestato a: <input type="text"/>		

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 OMISSIONE da cui emerge: 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 dichiari 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.

