

## MODULO PER DENUNCIA SINISTRI POLIZZA AXA IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

**⚠ Il presente modulo dovrà pervenire esclusivamente tramite PEC all'indirizzo [fondopreviambiente@pec.it](mailto:fondopreviambiente@pec.it) oppure, in alternativa, tramite raccomandata A/R al seguente indirizzo: Fondo PreviAmbiente, Lungotevere Michelangelo n. 9 – 00192 Roma.**

|                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| <b>CONTRAENZA</b> FONDO PREVIAMBIENTE | <b>NUMERO DI POLIZZA</b> 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 the data table with columns: COD. PAESE, CIN EUR, CIN, ABI, CAB, and 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 veritiere, 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.

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.

