

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO CONTO FRI

Spett.            Bcc Assicurazioni S.p.A. / Bcc  
 Vita S.p.A.  
 c/o CNP Assurances S.A.  
 Ufficio Sinistri  
 Via Albricci, 7 (3° piano)  
 20122 Milano  
 Telefono: 800 179 057  
 Fax: 02.72.60.11.51

In relazione alla Polizza Collettiva CPI N....., Proposta di Adesione N. ....

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO																							
<b>DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:</b>																							
NOME _____		COGNOME _____																					
LUOGO DI NASCITA _____		DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
SESSO:	<b>M</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>	COD. FISC. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
INDIRIZZO _____		CAP <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							COMUNE _____														

DATI PERSONALI DELL'EREDE/AVENTE CAUSA:																							
NOME _____		COGNOME _____																					
LUOGO DI NASCITA _____		DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
SESSO:	<b>M</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>	COD. FISC. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
INDIRIZZO _____		CAP <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							COMUNE _____														

- **SINISTRO** (barrare la garanzia per la quale è richiesto l'indennizzo ed allegare i documenti indicati)
  
- **DECESSO** (per tutti gli Assicurati):  
*(documenti da presentare da parte degli eredi legittimi o testamentari)*
  - Originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici;
  - Copia del piano di ammortamento attestante l'importo residuo del finanziamento;
  - Certificato di morte dell'Assicurato (con indicazione della data di nascita);
  - Richiesta di liquidazione del Beneficiario indicante il debito residuo al momento del decesso, dovuto a fronte del Contratto di Finanziamento. Ai fini della

determinazione del capitale assicurato non vengono considerati l'eventuale maggior debito per rate insolite o per interessi di ritardato pagamento e le spese e/o le eventuali commissioni accessorie;

- Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale di tutti i Beneficiari. Se il Beneficiario è una persona giuridica è necessario comunicare i dati societari unitamente a quelli anagrafici e fiscali del rappresentante legale (fotocopia aggiornata) e allegare copia della visura camerale;
  - Fotocopia fronte e retro di un documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente di accredito, se persona diversa dal Beneficiario;
  - Relazione medica dettagliata redatta dall'ultimo medico curante sulle cause del decesso con indicato quando sono sorti gli eventuali primi sintomi o copia della cartella clinica;
  - Copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute a seguito di incidente stradale;
  - Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche;
  - in presenza di testamento:
    - nel caso in cui i Beneficiari siano gli eredi testamentari, copia del verbale di pubblicazione del testamento completo degli allegati previsti;
    - atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che il testamento pubblicato è l'ultimo redatto, valido e contro il quale non esistono impugnazioni, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi o degli eredi testamentari (a seconda che i Beneficiari siano gli eredi legittimi o gli eredi testamentari);
  - in assenza di testamento, atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesti la mancanza di testamento, nonché le generalità, il grado di parentela, l'età e la capacità giuridica degli eredi legittimi dell'Assicurato (se sono i Beneficiari in polizza);
  - in caso di Beneficiario minorenni o incapace copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare che autorizzi la persona designata a riscuotere la prestazione.
- **INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA** (per tutti gli Assicurati)
- Copia del documento di identità o altro documento attestante la data di nascita;
  - Copia della relazione del medico legale (in base alla tabella INAIL) che ha accertato il grado di invalidità permanente da Infortunio/Malattia o notifica emessa dagli enti preposti;
  - Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio/malattia che ha determinato l'invalidità permanente;
  - Copia del piano di ammortamento attestante l'importo residuo del finanziamento;
  - Originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici.
- **INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO** (per tutti gli Assicurati)
- Copia del documento di identità o altro documento attestante la data di nascita;
  - Copia della relazione del medico legale (in base alla tabella INAIL) che ha accertato il grado di invalidità permanente da Infortunio/Malattia o notifica emessa dagli enti preposti;
  - Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio/malattia che ha determinato l'invalidità permanente;
  - Copia del piano di ammortamento attestante l'importo residuo del finanziamento;
  - Originale del Modulo di Adesione ed eventuali appendici.

**Modalità di accredito delle prestazioni (per tutte le garanzie salvo il Decesso):**

Nome e Cognome Assicurato.....

<b>IBAN PER ACCREDITO</b>																												

**Modalità di accredito delle prestazioni in caso di Decesso:**

Nome e Cognome Aventi Causa.....

<b>IBAN PER ACCREDITO</b>																													

**Si dà atto che al momento della stipulazione della presente polizza la Compagnia ha reso l'informativa e richiesto il consenso al trattamento dei dati dell'Assicurato ai sensi della L. 196/2003.**

In caso di persona diversa dall'Assicurato:

**CONSENSO AL TRATTAMENTO AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS 196/2003**

Il/ I Sottoscritto/i dichiara/no di aver letto l'informativa riguardante il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del DLGS 196/2003 in ogni suo punto e:

**relativamente alla Sezione I**

Dichiaro/Dichiariamo di autorizzare l'Intermediario Collocatore, ai sensi del D.Lgs 196/2003 "Codice in Materia di Protezione dei Dati", a trasmettere alla Compagnia/e di Assicurazione e ad altri soggetti, quali Società a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, e/o riassicuratori, le informazioni necessarie per l'esecuzione della presente Convenzione Collettiva.

Nome e Cognome/denominazione

data e firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_