



## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Spett. CNP Assurances S.A.  
Ufficio Liquidazione Sinistri  
Via Albricci, 7 – 20122 Milano

Rete di Vendita \_\_\_\_\_ Nome Prodotto \_\_\_\_\_

Filiale \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

In relazione alla Polizza Collettiva N. \_\_\_\_\_ Numero Polizza \_\_\_\_\_

### Dati dell'Assicurato

Cognome e Nome.....C.F.....  
Comune di Nascita..... Prov.....CAP.....  
Comune di Residenza.....Prov.....CAP.....  
Indirizzo.....

### Dichiarazione dell'Erede/Avente Causa

Io sottoscritto.....in qualità di Erede/Avente Causa dell'Assicurato, dichiaro di aver compilato la seguente denuncia di sinistro.

Comune di Residenza.....Prov.....CAP.....  
Indirizzo.....

- **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*)
  - Certificato di morte
  - *Certificato del medico che ha constatato il decesso o copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale.*
  - *Copia della prima cartella clinica in cui è stata diagnosticata la malattia che ha causato il decesso*
  - *Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'anagrafe del comune dove è avvenuto il decesso)*
  - Copia del verbale emesso dalle Autorità intervenute se il decesso è avvenuto a seguito di incidente
  - Copia della patente di guida, se il decesso è avvenuto a seguito di incidente stradale e l'assicurato era conducente del veicolo.
  - Copia del referto autoptico e delle indagini tossicologiche (se eseguite)
  - Copia del piano di ammortamento del mutuo abbinato alla polizza
- **PERDITA DEL POSTO DI LAVORO** (Per gli Assicurati che al momento del sinistro sono lavoratori dipendenti di Azienda Privata)
  - Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro.
  - Copia dell'ultima busta paga.
  - Copia del certificato d'iscrizione al Centro per l'Impiego di competenza
  - Scheda professionale o modello C2 – storico rilasciato dal Centro per l'Impiego
  - Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale dal Centro per l'Impiego)
  - Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS
  - Copia della comunicazione nominativa di CIGS rilasciata dal datore di lavoro
  - Copia dell'attestazione dell'avvenuto pagamento relativo alla CIGS
  - Copia del piano di ammortamento del mutuo abbinato alla polizza
- **INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO** (Per gli Assicurati che al momento del sinistro sono Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica o Liberi Professionisti)
  - Copia del certificato del Pronto Soccorso
  - Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica
  - Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione
  - Certificazione comprovante l'attività di Lavoratore Autonomo al momento del sinistro o copia ultima busta paga
  - Copia del piano di ammortamento del finanziamento abbinato alla polizza
- **RICOVERO OSPEDALIERO** (Per gli Assicurati che al momento del sinistro sono Non Lavoratori)

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Documento attestante lo stato di non lavoratore
- Copia del piano di ammortamento del mutuo abbinato alla polizza

Modalità di accredito delle spettanze:

Nome e Cognome .....

c/c .....ABI.....CAB.....IBAN.....

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

L'Assicurato o gli Aveni Causa.....