



MODULO DI DENUNCIA SINISTRO/ POLIZZA AMPLIFON VITA (GARANZIA DECESSO DELL'ASSICURATO)

POLIZZA VITA EMESSA DA AXA FRANCE VIE (*Rappresentanza Generale per l'Italia*)

DOVE INVIARE IL MODULO E I DOCUMENTI / CONTATTI UTILI

Il presente modulo e i documenti richiesti vanno inviati alla società AXA PARTNERS S.A.S. succursale italiana (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'impresa di assicurazione AXA FRANCE VIE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia) nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- **via posta presso:** AXA Partners (Ufficio Sinistri) - Corso Como n. 17 - 20154 MILANO
- **via fax al numero:** 02/23331247
- **via e-mail all'indirizzo di posta elettronica:** clp.it.sinistri@partners.axa

Avvertenza – Si consiglia l'utilizzo del canale e-mail (allegando possibilmente i documenti in formato pdf), a meno che via sia la necessità di inviare documentazione particolarmente voluminosa

SERVIZIO CLIENTI TELEFONICO

Per ogni informazione si prega di contattare il Servizio Clienti al nr. **02 87103549** (attivo dal lunedì al giovedì ore 9-13 / 14-17, al venerdì ore 9-13, festivi esclusi)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

IMPORTANTE: È necessario inviare TUTTI i documenti elencati. Inviando TUTTI i documenti con il modulo sottoscritto e compilato, potremo valutare la richiesta di liquidazione nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi. Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente potrebbero comportare un ritardo nella gestione del sinistro e nel pagamento. In caso di informazioni o documentazione mancante e/o non idonea contatteremo i beneficiari per gli opportuni chiarimenti e richiesta di integrazione della documentazione

Si prega di inviare FOTOCOPIA della seguente documentazione:

- documento di identità dell'Assicurato deceduto
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso. **Qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto alla prestazione o per l'identificazione del beneficiario, potrà essere richiesta ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro.**

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati personali, raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, sono trattati da AXA FRANCE VIE S.A. (*Rappresentanza Generale per l'Italia*), titolare del trattamento, esclusivamente per finalità di gestione e liquidazione del Sinistro. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati a società del Gruppo, società terze che trattano i dati per conto del Titolare, soggetti della cd. catena assicurativa, tra cui Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo. I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario ad adempiere agli obblighi di legge (10 anni). Per esercitare i Suoi diritti (accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio) può scrivere al Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento ai seguenti contatti: per posta: - AXA FRANCE VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia), Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 - 20154 MILANO - per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa. L'Informativa Privacy completa è disponibile sul sito internet <https://it.clp.partners.axa>.

Il sottoscritto denunciante

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO (indicare via/comune/provincia/cap) _____

TELEFONO _____ e-mail _____

a) comunica il decesso della seguente persona assicurata:

DATI DELLA PERSONA DECEDUTA	
Nome	Cognome
Codice Fiscale	Data del decesso
Relazione con il denunciante	Causa del decesso

b) chiede – in riferimento alla POLIZZA COLLETTIVA N. 10129 / Contraente AMPLIFON S.P.A. - la liquidazione della prestazione caso morte alla società finanziaria Beneficiaria designata allegando la documentazione indicata nel presente modulo.



LUOGO E DATA	
FIRMA DEL DENUNCIANTE	