



**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO/RICHIESTA LIQUIDAZIONE POLIZZA VITA  
(GARANZIA DECESSO DELL'ASSICURATO)  
POLIZZE VITA EMESSE 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
- al fine di permettere l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto alla prestazione:
  - (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale sia indicato l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati);
  - (ii) inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato.

*Solo in caso di beneficiario persona giuridica*

- copia della visura camerale aggiornata della società e della procura ad agire (se non già indicata nella visura)

*Solo in caso di decesso da malattia e solo qualora la polizza preveda la compilazione di una Dichiarazione di Buono Stato di Salute, di un Questionario Medico o di un Rapporto di Visita Medica*

- cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia la data di insorgenza della malattia che ha causato il decesso; e/o cartella clinica relativa all'ultimo ricovero, completa di raccordo anamnestico
- questionario medico, compilato, firmato e timbrato dal medico di base dell'Assicurato, al fine di confermare la storia medica della persona deceduta, incluse le date di diagnosi, trattamenti medici ricevuti, etc. (**AVVERTENZA – tale questionario medico è incluso nel presente modulo**)

*Solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio*

- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.) e/o dal Pronto Soccorso (118), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro

*Solo in caso di polizza abbinata a mutui o altri finanziamenti (prestiti, carte di credito, etc.)*

- piano di ammortamento alla data di stipula del mutuo/finanziamento (reperibile anche presso l'ente che ha erogato il finanziamento), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro

**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.**

**La compagnia, inoltre, prima di procedere alla liquidazione, richiederà la compilazione del Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela ai fini antiriciclaggio (in adempimento degli obblighi di cui al D.lgs. 231/2007 e s.m.i.).**

## 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](mailto: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 / sulla seguente polizza:

DATI DELLA PERSONA DECEDUTA	
Nome	Cognome
Codice Fiscale	Data del decesso

DATI DELLA POLIZZA
Nome polizza
Numero di polizza ( <i>in caso di polizza collettiva indicare il numero di polizza collettiva; in caso di polizze individuali indicare il numero del certificato di polizza/assicurazione</i> )

DATI DEL CONTRATTO DI MUTUO/FINANZIAMENTO CUI LA POLIZZA E' ABBINATA ( <i>da compilare solo in caso di polizza abbinata a mutui/finanziamenti</i> )	
Banca/Finanziaria	
Filiale / Punto Vendita ( <i>indicare via/comune/provincia/cap/telefono/fax</i> )	
Numero contratto	Importo erogato
Data erogazione	Data scadenza

**Attenzione:** La presentazione della denuncia di un sinistro NON legittima (nemmeno in caso di accoglimento) ad interrompere il pagamento (nei confronti della propria banca / finanziaria) delle rate del mutuo/finanziamento a cui la polizza è eventualmente abbinata. Pertanto, se la polizza è abbinata ad un mutuo o altro contratto di finanziamento, occorre comunque continuare regolarmente a rimborsare le rate in scadenza alla banca / finanziaria.

B) chiede la liquidazione della prestazione caso morte ai Beneficiari designati ed allega la documentazione indicata nel presente modulo.



LUOGO E DATA	
FIRMA DEL DENUNCIANTE	

## QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

### A) INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA DECEDUTA

Nome e Cognome della persona deceduta .....

Data di nascita della persona deceduta ..... Numero tessera Servizio Sanitario Nazionale:.....

Da quanto tempo aveva in cura la persona deceduta? .....

### B) CAUSA DEL DECESSO

Data, ora e luogo del decesso .....

Quale è stata la causa del decesso? .....

Secondo la sua diagnosi, il decesso è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, pratica di sport professionistici, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo?

Sì  No  Se sì, La preghiamo di specificare:

.....

.....

E' stata effettuata l'autopsia? Sì  No

### IN CASO DI DECESSO PER MALATTIA, LA PREGHIAMO DI RISPONDERE ANCHE ALLE DOMANDE SOTTOSTANTI

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Malattia? Sì  No  Se sì, quando e per quali motivi?

.....

.....

Quale è la data di diagnosi della Malattia che ha causato il decesso? ...../...../.....

Quale è stata la causa della Malattia che ha causato il decesso?

.....

.....

Può stabilirsi un nesso di causalità tra la Malattia che ha determinato il decesso e le precedenti condizioni patologiche del soggetto deceduto? Sì  No  Se sì, La preghiamo di dettagliare le patologie pregresse nella presente tabella:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO (se farmacologico indicare i farmaci e posologia)	DURATA MALATTIA (o della cura farmacologica)

A seguito delle sopra indicate malattie, il soggetto deceduto è stato ricoverato presso strutture sanitarie oppure si è rivolto a dei medici specialistici?

Sì  No  Se sì, la preghiamo di indicarci dove, da chi (nominativo medico) ed in quali date

.....

.....

### Dichiarazione, firma e timbro del medico

Il sottoscritto Dott. ....dichiara che le informazioni fornite nel presente questionario medico corrispondono al vero.

FIRMA.....

data ...../...../.....

TIMBRO DEL MEDICO

Indirizzo dello studio : .....

Telefono: ..... Fax: .....

e-mail: .....

