

Spettabile  
BCC Vita S.p.A.  
Ufficio Assunzione e Servizio Clienti  
c/o Konecta Spa  
Corso Alessandria angolo Via Guerra  
snc  
14100 Asti

e-mail: [ufficioportafoglio@bccvita.it](mailto:ufficioportafoglio@bccvita.it)

## MODULO DENUNCIA SINISTRO

In relazione alla polizza collettiva

Numero polizza/adesione \_\_\_\_\_

Intestata a: (dati personali dell'Assicurato)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Con la presente si denuncia il sinistro per (barrare la casella per la quale è richiesta la denuncia e allegare i documenti richiesti):

**Decesso**

- Originale di polizza ed eventuali appendici, ovvero dichiarazione di smarrimento (Mod. R018) sottoscritta dai Beneficiari;
- Copia del piano di ammortamento attestante il debito residuo;
- Certificato di morte;
- Atto Notorio ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà rilasciata dall'Autorità comunale o giudiziale da cui dovrà risultare:
  - o se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento e se tale testamento (del quale devono essere indicati gli estremi della pubblicazione) sia l'ultimo, considerato valido, non modificato da

- ulteriori disposizioni, né impugnato. In tal caso, copia della pubblicazione dell'eventuale testamento;
- quali sono gli Eredi legittimi lasciati dal defunto, se minorenni o incapaci.
  - Decreto del Giudice Tutelare (se tra gli eredi risultano minorenni o incapaci);
  - Informativa e consenso privacy firmato dai Beneficiari;
  - Carta d'identità e codice fiscale di ogni Beneficiario (fronte e retro) – se il Beneficiario fosse una Persona Giuridica allegare ultima visura camerale della Società e carta d'identità e codice fiscale del Legale Rappresentante;
  - Se il Contraente è persona diversa dall'Assicurato, dichiarazione resa dal Contraente dalla quale risulti che egli non ha chiesto variazioni di beneficio oltre a quelle già note alla Società;
  - Certificazione medica indicante le cause della morte (scheda Istat, relazione di intervento 118, esito ricovero Pronto soccorso o eventuale documentazione medica disponibile);
  - Relazione dell'ultimo Medico Curante;
  - Copia della cartella clinica;
  - Se il decesso dell'Assicurato è avvenuto per cause accidentali: Verbale dell'Autorità Giudiziaria e, se disponibile, referto di autopsia altrimenti dichiarazione in carta semplice nella quale gli eredi dichiarano che non è stata eseguita.

**Invalidità Totale e Permanente**

- Copia del documento di identità o altro documento attestante la data di nascita;
- Informativa e consenso privacy firmato dal Beneficiario;
- 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.

**La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione.**

**Dati del/dei Beneficiario/Beneficiari:**

(In caso di Invalidità Totale e Permanente, Beneficiario dell'eventuale prestazione è l'Assicurato)

**1. Beneficiario:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**2. Beneficiario:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**3. Beneficiario:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**4. Beneficiario:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**5. Beneficiario:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Gli stessi dichiarano, inoltre, (barrare obbligatoriamente una delle due caselle):

- che il contratto non risulta ceduto, dato in pegno o in garanzia a terzi e che per lo stesso non è stato designato irrevocabilmente il beneficiario
- che nel contratto è presente un pegno/vincolo/beneficio irrevocabile a favore di \_\_\_\_\_ che autorizza la liquidazione.

Timbro e firma del pignoratario o vincolatario o beneficiario irrevocabile

---

In presenza di Beneficiari Persone Giuridiche, la BCC, convalidando la presente richiesta, conferma che i firmatari sono i Legali Rappresentanti in carica.

Banca di Credito Cooperativo: ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

per l'identificazione del/dei firmatari e verifica che gli stessi abbiano titolo di firma

Timbro e Firma

---