

**DENUNCIA SINISTRO SU GARANZIA**  
**“INVALIDITA’ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA”**  
**PER POLIZZA “LE RATE PROTETTE”**

La denuncia deve essere inviata a CAES Italia, entro 15gg dall’evento, in uno dei seguenti modi:

- a mezzo posta (Via Gavirate 14 – 20148 Milano)
- a mezzo mail: [arealiquidativa@consorziocaes.org](mailto:arealiquidativa@consorziocaes.org)
- a mezzo fax: 02-87151599

**SI PREGA DI COMPILARE OVE RICHIESTO**

Il sottoscritto (nome e cognome): .....

Indirizzo:.....

Telefono .....Mail:.....

Polizza n. ....

Codice IBAN .....

***DENUNCIA QUANTO SEGUE***

IL GIORNO ...../...../.....

ALLE ORE .... ..

IN LOCALITA’ (comune e via) .....

DESCRIZIONE DELL’EVENTO .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- relazione del medico curante attestante l’invalidità permanente totale da infortunio o malattia e il relativo grado (si ricorda che l’invalidità totale deve essere uguale o superiore al 60% secondo le tabelle INAIL
- copia della richiesta (inclusa la documentazione medica) effettuata agli Enti preposti per la certificazione definitiva dell’invalidità permanente totale da malattia

**Data e Firma del denunciante .....**

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Il sottoscritto, ricevuta l'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Codice della privacy - d.lgs. 30.6.2003, n. 196 – Art. 13 ed al Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali – Art. 13, presta il proprio consenso per il trattamento e la comunicazione dei dati personali e sensibili, al fine esclusivo di consentire la gestione del sinistro per le prestazioni costituenti oggetto della garanzia.

**Data e Firma .....**

**NOTA BENE**

Si ricorda che nel caso in cui vengano aperti sinistri su altre polizze assicurative per il medesimo evento, ai sensi delle norme vigenti l'assicurato deve darne avviso a ciascuna Compagnia Assicuratrice coinvolta.

**La Società si riserva in ogni caso il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione della richiesta di indennizzo.**



**COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI  
MOVIMENTO COOPERATIVO**

**Assimoco S.p.A.**

Sede legale e Direzione Generale: Centro Direzionale “Milano Oltre” Palazzo Giotto - Via Cassanese, 224 - 20090 Segrate (MI) - Telefono 02/269621 - Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.000.000,00 i.v.

Registro Imprese di Milano e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979

Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Finassimoco S.p.A.



Intermediario \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

**MODULO DI DENUNCIA DI AVVENUTO SINISTRO**

**SEZIONE B - GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

**SEZIONE C - GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA**

**SEZIONE C - GARANZIA PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO**

**SEZIONE C - GARANZIA RICOVERO OSPEDALIERO**

**DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA:**

CONVENZIONE N° \_\_\_\_\_ SCHEDA DI ADESIONE ASSIMOCO S.P.A. N° \_\_\_\_\_

**DATI DEL CONTRAENTE:**

\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_

**DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):

SESSO: M  F

C.F.

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP

COMUNE \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_

**L'Assicurato chiede la liquidazione di quanto dovuto a seguito del sinistro avvenuto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_:**

**Coordinate Bancarie dell'Assicurato**

Banca \_\_\_\_\_ Agenzian° \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ c/c intestato a \_\_\_\_\_

**Codice IBAN**

CIN                          ABI                          CAB                          C/C

Luogo \_\_\_\_\_

Data denuncia  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Firma dell'Assicurato**  
\_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODULO È VALIDO PER LE GARANZIE SOPRA INDICATE E LA LIQUIDAZIONE È SUBORDINATA ALLA CONSEGNA DEI DOCUMENTI (DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO) COSÌ COME SPECIFICATI ALL'ART. 30 DELLE CONDIZIONI CHE REGOLANO LE GARANZIE ASSICURATIVE.**

Pagina bianca per esigenze tipografiche