



CNP SANTANDER INSURANCE

CNP SANTANDER INSURANCE EUROPE DAC
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Massimo D'Azeglio 33/E - 10126 Torino

Riferimento :

N° Contratto : 50341262 / 50653929 /
50868748

N° Sinistro : 221155

Gentile Signore
Bondesan Gregnanin Vito Antonio
via monte sabotino 20
20099 SESTO SAN GIOVANNI
ITALIA

Milano, 01/07/2024

Oggetto : Sinistro Perdita d'Impiego del 15/06/2024

La sua Area Riservata

Tutti i dettagli del suo sinistro possono essere visualizzati online nella sua Area Riservata eClaims.
Per creare il suo profilo, la preghiamo di collegarsi all'indirizzo www.eclaims.cnpsantander.it

Di seguito trova le informazioni richieste per aggiungere il sinistro nella sua Area Riservata:

Data del sinistro: 15/06/2024

Numero del sinistro: 221155

Gentile Signore,

Al fine di poter valutare la Sua richiesta d'indennizzo, La preghiamo di inviarci i seguenti documenti:

- Modulo di denuncia sinistro, in allegato, comprensivo di **firma autografa** conforme alla firma apposta sul documento d'identità (il documento da Lei trasmesso è stato firmato con caratteri di word pertanto la firma non è valida)
- Scheda anagrafico-professionale o Modello C2 storico rilasciata dal Centro per l'Impiego, aggiornata a **partire dal 15/08/2024** in considerazione della franchigia prevista dalla polizza (non potrà trasmettere il documento prima di tale data)

Cogliamo l'occasione per porgerLe i nostri cordiali saluti.

CNP Santander Insurance

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Timfin Assicura Prestito Dipendenti Privati - POS

La preghiamo di leggere le seguenti istruzioni prima di inviare il Modulo

Informazioni Generali

- Le coperture previste dalla polizza sono:
 - **Decesso:** attiva per tutti gli Assicurati
 - **Invalidità Permanente:** attiva per tutti gli Assicurati
 - **Perdita d'Impiego:** attiva per tutti gli Assicurati a condizione che:
 - siano dipendenti in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano
 - continuativamente da almeno 6 (sei) mesi al momento del Sinistro
 - con un orario settimanale di almeno 16 ore
- Per i Sinistri conseguenti a Malattia, la Garanzia Invalidità Permanente è soggetta ad un periodo di Carenza pari a 30 (trenta) giorni. La Carenza è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di decorrenza della Polizza, durante il quale l'efficacia della Copertura non opera.
- La Garanzia Perdita d'Impiego è sottoposta ad un periodo di Carenza pari a 30 (trenta) giorni e ad un Periodo di Franchigia assoluta di 60 (sessanta) giorni. Il Periodo di Franchigia decorre dal primo giorno di inattività lavorativa (desunta dalla lettera di licenziamento o messa in mobilità).

Compilazione del Modulo

- Compilare il presente modulo in ogni sua parte con data e firma
- Le denunce di sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Contatti

Per una piu' rapida lavorazione della pratica Le consigliamo di inviare la documentazione all' indirizzo e-mail: **sinistritimfin@it.cnpsantander.com** , o altrimenti puo' contattarci a:

- Servizio Clienti **800 966 140** (Lun. - Ven. dalle ore 8.00 alle ore 20.00; Sab. 9:00-13:00)
- Indirizzo:** Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI)

Dati relativi al sinistro

Garanzia per cui si denuncia il sinistro: Invalidita' Permanente Decesso
 Perdita di impiego

Data e Luogo dell'accaduto: _____

Descrizione dell'accaduto _____

In caso di decesso Indicare eventuale autorità intervenuta (carabinieri, polizia, etc.) _____

In caso di perdita di impiego indicare: Data di assunzione: _____

Data di licenziamento: _____

Documenti da presentare in caso di PERDITA DI IMPIEGO

Di seguito la lista dei documenti aggiuntivi da presentare al fine di poter analizzare la pratica

- Documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo
- Ultimi due cedolini paga
- Modello "C2 storico" o "Scheda anagrafica e professionale"
- Documentazione integrativa utile per verificare il diritto alla Prestazione (laddove richiesto)
- IBAN _____

Documenti da presentare in caso di INVALIDITÀ PERMANENTE

Di seguito la lista dei documenti aggiuntivi da presentare al fine di poter analizzare la pratica:

- Certificazione di invalidità permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale
- Copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale, ove applicabile
- Modulo di Adeguata Verifica
- Documentazione integrativa utile per verificare il diritto alla Prestazione (laddove richiesto)
- IBAN _____

Documenti da presentare in caso di DECESSO

Di seguito la lista dei documenti aggiuntivi da presentare al fine di poter analizzare la pratica:

- Certificato di morte dell'Assicurato
- Certificato medico che precisi le esatte cause della morte e, in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica
- Copia del verbale reso dalle autorità intervenute, in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale
- Copia del reperto autoptico, in caso di effettuazione di autopsia
- Modulo di Adeguata Verifica
- Documento di identità degli eredi
- Copia autenticata del testamento/copia dell'atto sostitutivo di notorietà



CNP SANTANDER INSURANCE

Dati dell'Assicurato

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di recapito _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Tel. ufficio _____ Cell. _____ Fax _____

Condizione lavorativa al momento del sinistro (barrare la casella):

- Lavoratore dipendente (Pubblico) Lavoratore dipendente (Privato)
 Lavoratore autonomo Studente Casalinga Pensionato/a
 Altro _____

Numero Polizza (_____)

Dati del Dichiarante (solo nei casi in cui la dichiarazione non può essere compilata dall'Assicurato)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di recapito _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Tel. ufficio _____ Cell. _____ Fax _____

Rapporto di parentela con l'Assicurato:

- Coniuge Genitore Nessuno Figlio/a
 Altro _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 6, par- 1, lett a) e art. 9, par. 2, let- a) del Regolamento (UE) 2016/679)

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornitami, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), da CNP Santander Insurance Life DAC e CNP Santander Insurance Europe DAC - Rappresentanze generali per L'Italia, che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato conferimento dei dati personali e il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alle Compagnie per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili (tra i quali dati relativi alla salute) e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

Luogo _____ Firma dell'Aderente _____

Data: ____/____/____ Firma dell'Assicurato _____
(se diverso dall'Aderente)

Luogo e data _____

Firma del Beneficiario X _____