

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180

Il sinistro deve essere tempestivamente denunciato: telefonando al n° verde 800 055 177 (dall'Italia), o al n° +39 011 74 17 266 (dall'estero) e successivamente trasmettendo via raccomandata A/R il presente modulo o al seguente indirizzo pec:

Spett.le
Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
c/o BLUE ASSISTANCE
via Santa Maria n. 11
10122 – TORINO
gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it

N° Sinistro comunicato dal n° verde o dal n° previsto per l'estero _____

Polizza Collettiva N.10000000180,

Mutuo N° _____ N° intestatari/cointestatari contratto di mutuo: _____

Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

Dati dell'Assicurato cui si riferisce il sinistro:

Cognome e Nome _____ CF _____
Comune di Nascita _____ Prov _____ CAP _____
Comune di Residenza _____ Prov _____ CAP _____
Indirizzo _____

Sinistro (barrare la garanzia per la quale è richiesto l'indennizzo ed allegare i documenti indicati)

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Copia referto del Pronto soccorso;
- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'*infortunio* o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- Copia del piano di ammortamento originario;
- Copia del Modulo di Adesione sottoscritto.

MALATTIA GRAVE (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Pubblici e ai Non Lavoratori)

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
- Copia della cartella clinica;
- Copia del piano di ammortamento originario;

- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

☐ PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Privati)

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

☐ INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo ai Lavoratori Autonomi)

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale *cartella clinica*;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

☐ RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Copia referto del Pronto soccorso;
- Copia conforme all'originale della *cartella clinica* relativa al ricovero;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

Nome e Cognome Beneficiario: _____

IBAN: _____

Il sottoscritto da atto inoltre che al momento dell'adesione alla polizza collettiva n° 1000000180, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei miei dati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 – GDPR.

Luogo e Data _____ Firma Assicurando _____

