

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

### Polizza Collettiva n. 10000000184

Per le **GARANZIE INVALIDITÀ PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA, RICOVERO OSPEDALIERO**, 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.  
Banco BPM Assicurazioni S.p.A.  
c/o BLUE ASSISTANCE  
via Santa Maria n. 11  
10122 – TORINO  
[gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it](mailto:gestioneclienti@pec.bancobpmassicurazioni.it)

Mutuo n°: .....

Dati dell'Assicurato cui il sinistro si riferisce:

Cognome e Nome: ..... C.F.: .....

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):

**INVALIDITÀ PERMANENTE**

- o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- o Copia del referto del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- o Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente.

**INABILITÀ TEMPORANEA**

- o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica completa e conforme all'originale;
- o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- o Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.

**RICOVERO OSPEDALIERO**

- o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- o Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero e di referti medici;
- o Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.

Cognome e Nome Beneficiario/i .....

IBAN (eventualmente più di uno): .....

**Preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali comuni e sensibili consegnatami unitamente alle Condizioni di Assicurazione, il sottoscritto dichiara inoltre di acconsentire al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e con le modalità e le finalità specificamente previste dall'informativa stessa.**

LUOGO e DATA ..... FIRMA DELL'ASSICURATO/DENUNCIANTE .....

