

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

### Polizza Collettiva n. 1000000185

per le **GARANZIE INVALIDITA' PERMANENTE, INABILITA' TEMPORANEA, RICOVERO OSPEDALIERO, PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO** 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, al seguente indirizzo o tramite 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)

Finanziamento n°: ..... N° intestatari/cointestatari Contratto di finanziamento: .....

Cognome e Nome di tutti gli intestatari/Assicurati:

- .....
- .....

**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 Modulo di adesione alla polizza;
- 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;
- o Piano di ammortamento originario del finanziamento.

**INABILITÀ TEMPORANEA**

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia del referto 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 Piano di ammortamento originario del Finanziamento.

**RICOVERO OSPEDALIERO**

- o Modulo di adesione alla polizza;
- 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 rimborso originario.

**PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO**

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Lettera di assunzione o contratto di assunzione;
- o Ultimi 2 cedolini;
- o Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- o Modulo storico C2 ed attestazione di iscrizione negli elenchi di disoccupazione aggiornati ad una data successiva il giorno di scadenza della rata del finanziamento. In alternativa, Dichiarazione Sostitutiva di certificazione dello stato di disoccupazione;

- o Scheda anagrafica professionale, oppure, in alternativa, il Modulo COB; Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- o Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- o Attestazione del periodo di CIGS con relativo pagamento;
- o Piano di ammortamento originario del Finanziamento.

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.....

