

MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO

Polizza Collettiva n.10000000175/ n. 10000000179 Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

In caso di sinistro, telefonare

al n° verde 800 055 177 (dall'Italia)

o al n° +39 011 7417266 (dall'estero)

**e trasmettere tempestivamente, via
raccomandate A/R, DOPO la segnalazione
al numero verde, il presente modulo
compilato e sottoscritto**

Spett.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

c/o BLUE ASSISTANCE

Via Santa Maria, 11

10122 – TORINO

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

Prestito Personale N° N° cointestatari contratto di Prestito Personale:

Cognome e Nome di tutti i Cointestatari/Assicurati:

1).....

2).....

Dati dell'Assicurato cui si riferisce il sinistro:

Cognome e Nome C.F.....

Comune di Nascita Prov. CAP

Comune di Residenza Prov. CAP

Indirizzo.....

N° di telefono E-mail

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

INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE (garanzia valida per tutti gli Assicurati)

- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità Permanente Totale;
- Copia del Piano di Rimborso Originario del Prestito Personale sottoscritto con l'Istituto;
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto.

☐ INABILITA' TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO (garanzia valida per i Lavoratori Autonomi e ai Lavoratori Dipendenti Pubblici)

- Copia del certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante attestanti il periodo di Inabilità;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica attestanti il periodo di Inabilità;
- Copia del Piano di Rimborso Originario del Prestito Personale sottoscritto con l'Istituto;
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto.

☐ MALATTIA GRAVE (garanzia valida per i Non Lavoratori)

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
- Copia della cartella clinica;
- Copia del Piano di Rimborso Originario del Prestito Personale sottoscritto con l'Istituto;
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto.

☐ PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia valida per i Lavoratori Dipendenti Privati)

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- Documentazione che attesti il permanere dello stato di disoccupazione;
- Copia del Piano di Rimborso Originario del Prestito Personale sottoscritto con l'Istituto;
- Copia Modulo di Adesione sottoscritto.

Nome e Cognome Beneficiario:

Codice IBAN.....

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

Data/...../.....

L'Assicurato.....