

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza Collettiva n. 10000000183

“CPI SMALL BUSINESS”

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:



Spett.
Banco BPM Assicurazioni S.p.A.
c/o Blue Assistance
via Santa Maria n. 11
10122 - Torino

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

Finanziamento n°: N° Assicurati:

Dati dell'Azienda intestataria del Finanziamento e Aderente alla Polizza:

Ragione Sociale:
Ndg: Partita Iva:
Città: Prov: Cap:
Indirizzo:
Iban del c/c intestato all'Azienda Aderente:
Cognome e Nome Rappresentante Legale:

Dati del Rappresentante Legale dell'Azienda Aderente e che sottoscrive il presente Modulo di Denuncia riferisce:

Cognome e Nome:
Ndg: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Prov: Cap:
Comune di residenza: Prov: Cap:
Indirizzo:

Dati dell'Assicurato cui il sinistro si riferisce:

Cognome e Nome:
Ndg: Codice Fiscale:
Comune di nascita: Prov: Cap:
Comune di residenza: Prov: Cap:
Indirizzo:

Sinistro (da inviare sempre i documenti di seguito indicati):

- o Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva relativo all'Assicurato denunciante il sinistro;
- o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
- o Documento che attesti che al momento dell'accadimento del sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente.
- o Documento comprovante la nomina del Legale Rappresentante, ovvero documento equipollente dal quale si evinca il nominativo del Legale Rappresentante aggiornato alla data di richiesta della liquidazione;

- o Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
- o Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- o Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.

Inoltre, specificatamente alla garanzia richiamata:

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

Decesso

- o Certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio Di Stato Civile in carta semplice;
- o Certificato medico attestante la causa del decesso;
- o Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'infortunio che ha causato il decesso;
- o In caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio) copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti.

Invalidità Permanente

- o Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
- o Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'invalidità permanente.

Inabilità Temporanea

- o Copia del certificato del Pronto Soccorso;
- o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale al lavoro).

Ricovero Ospedaliero

- o Copia del certificato del Pronto Soccorso, se presente;
- o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Ricovero Ospedaliero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

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.

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

Nome e Cognome in stampatello:

Luogo e Data Firma:

