

# POLIZZA INFORTUNI

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

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 raccomandata 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° Sinistro comunicato dal n° verde o dal n° previsto per l'estero \_\_\_\_\_

N° Polizza Infortuni \_\_\_\_\_

### DATI DEL CONTRAENTE

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE:		CODICE FISCALE / P.IVA:	
CITTÀ E PROVINCIA DI RESIDENZA/SEDE LEGALE:		CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico)
COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE (per persone giuridiche):		NOME LEGALE RAPPRESENTANTE (per persone giuridiche):	

### DATI DELL'ASSICURATO

COGNOME:	NOME:	CODICE FISCALE:	
CITTÀ E PROV DI RESIDENZA:	CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico):	
RECAPITO TELEFONICO:			

### DATI DEL BENEFICIARIO

NOME E COGNOME / RAGIONE SOCIALE:		CODICE FISCALE/PARTITA IVA:	
CITTA' E PROV DI RESIDENZA/SEDE LEGALE:	CAP:	INDIRIZZO (via e n. civico):	
RECAPITO TELEFONICO:			

### DATI DELL'INFORTUNIO

LUOGO:			DATA:	ORA:
CITTÀ:	PROV:	CAP:	INDIRIZZO:	
TESTIMONI (NOME E COGNOME):				
(1)				
(2)				
(3)				
TIPO SINISTRO:				
<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INVALIDITÀ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) _____		



# POLIZZA INFORTUNI

## DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN SEDE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

*Barrare la garanzia per la quale è richiesto l'Indennizzo ed allegare i documenti indicati*

### **Garanzia Decesso da Infortunio**

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
2. Copia del Verbale delle Autorità eventualmente intervenute;
3. Copia del referto autoptico o del riscontro diagnostico, se eseguiti;
4. Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;
5. Certificato di morte rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
6. Certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
7. Atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi (se i beneficiari sono gli eredi legittimi testamentari);
8. Decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Banco BPM Assicurazioni circa il reimpiego della quota spettante al minorenne, qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i beneficiari.

### **Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio**

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
2. Copia del referto del Pronto Soccorso;
3. Copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti;
4. Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica, nel caso vi sia stato ricovero, relativa all'Infortunio che ha determinato l'invalidità permanente.

### **Garanzia Diaria da ricovero da Infortunio**

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
2. Copia del referto del Pronto Soccorso;
3. Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica;
4. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

### **Garanzia Diaria da Immobilizzazione da Infortunio**

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
2. Copia del referto del Pronto Soccorso;
3. Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;
4. Copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Immobilizzazione).

### **Garanzia Rimborso delle Spese di Cura da Infortunio**

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
2. Copia del referto del Pronto Soccorso;
3. Documenti di spesa in originale;
4. Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero e i relativi giustificativi.

### **Garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio**

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato;
2. Copia del referto del Pronto Soccorso;
3. Documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;
4. 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).

***Inoltre, in caso di polizza avente come contraente e beneficiario unico una Persona Giuridica in aggiunta a quanto già previsto sopra si richiede:***

1. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda contraente.

**La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.**