

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

### Polizza Collettiva "RAMO DANNI" n.10000000180

Il sinistro deve essere tempestivamente denunciato: telefonando al n° verde 800 767 888 (dall'Italia), o al n° + 39 02 30548800 (dall'estero) e successivamente trasmettendo via raccomandata A/R il presente modulo o al seguente indirizzo Pec: [sinistriBBPMA@legalmail.it](mailto:sinistriBBPMA@legalmail.it)



Spett.le  
Banco BPM Assicurazioni S.p.A.  
Corso di Porta Vigentina, 9  
20122 Milano

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

Polizza Collettiva N.10000000180,

Mutuo N° \_\_\_\_\_ N° intestatari/cointestatari contratto di mutuo: \_\_\_\_\_

#### Cognome e Nome di tutti gli Intestatari/Assicurati:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_

#### Dati dell'Assicurato cui si riferisce il sinistro:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
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 indicati)

**INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia valida per tutti gli Assicurati)**

- Copia referto del Pronto soccorso;
- Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'*infortunio* o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto.

**MALATTIA GRAVE (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Pubblici e ai Non Lavoratori)**

- Copia della documentazione medica relativa alla diagnosi della Malattia Grave;
- Copia della *cartella clinica*;
- Copia del piano di ammortamento originario;

- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

**□ PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO (garanzia riservata a Lavoratori Dipendenti Privati)**

- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

**□ INABILITA' TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO E MALATTIA (garanzia riservata solo ai Lavoratori Autonomi)**

- Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- Copia dei referti medici e dell'eventuale *cartella clinica*;
- Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

**□ RICOVERO OSPEDALIERO (garanzia valida per tutti gli Assicurati)**

- Copia referto del Pronto soccorso;
- Copia conforme all'originale della *cartella clinica* relativa al ricovero;
- Copia del *piano di ammortamento originario*;
- Copia del *Modulo di Adesione* sottoscritto;
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.

Nome e Cognome Beneficiario: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto da atto inoltre che al momento dell'adesione alla polizza collettiva n° 1000000180, Banco BPM Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei miei dati ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 – GDPR.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma Assicurando \_\_\_\_\_

