

## MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO

Polizza Collettiva n.10000000174 Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

**In caso di sinistro, telefonare**

**al n° verde 800 767 888(dall'Italia)**

**o al n° + 39 02 30548800(dall'estero)**

**e trasmettere tempestivamente, via**

**raccomandate A/R o pec**

**sinistriBBPMA@legalmail.it, DOPO la segnalazione al numero verde, il presente modulo compilato e sottoscritto**

Spett.

Banco BPM Assicurazioni S.p.A.

Corso di Porta Vigentina, 9

20122 Milano

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.....