

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
Polizza collettiva Rami Danni n° 10000000178
“SOFTOP CPI Small Business”

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

ESTREMI DEL FINANZIAMENTO

FINANZIAMENTO N°:	SCADENZA:	ISTITUTO:	AGENZIA:
-------------------	-----------	-----------	----------

AZIENDA INTESTATARIA DEL FINANZIAMENTO E ADERENTE ALLA POLIZZA

RAGIONE SOCIALE:	NDG:	P.IVA:
CITTÀ:	PROV:	CAP:
INDIRIZZO:	IBAN DEL C/C INTESTATO ALL'AZIENDA ADERENTE:	
COGNOME LEGALE RAPPRESENTANTE:	NOME LEGALE RAPPRESENTANTE:	

RAPPRESENTANTE LEGALE DELL' AZIENDA ADERENTE E CHE SOTTOSCRIVE IL PRESENTE MODULO DI DENUNCIA

COGNOME:	NOME:	SESSO:	NDG:
NATO A:	PROV:	IL	CODICE FISCALE:
CITTÀ:	PROV:	CAP:	INDIRIZZO:

DATI DELL'ASSICURATO

COGNOME:	NOME:	SESSO:	NDG:
NATO A:	PROV:	IL	CODICE FISCALE:
CITTÀ:	PROV:	CAP:	INDIRIZZO:

Il sottoscritto attesta la veridicità dei dati sopra riportati e dà atto, inoltre, che al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva n° 10000000178, Bipiemme Assicurazioni S.p.A. ha reso l'informativa e ha richiesto il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L. 196/2003.

Legale Rappresentante Azienda Aderente:

NOME e COGNOME in stampatello

Firma.....

Luogo e Data

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE IN SEDE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

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

1. Copia del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva comprensivo della Dichiarazione di Buono Stato di Salute;
2. Copia integrale del Piano di Ammortamento Originario del Finanziamento;
3. Documento che attesti che al momento dell'accadimento del Sinistro l'Assicurato prestava servizio presso l'Azienda Aderente;
4. 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;
5. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Aderente;
6. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale dell'Assicurato.

Inoltre, specificatamente alla garanzia richiamata

Garanzia Decesso da Infortunio

1. Certificato di Morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
2. Certificato medico attestante la causa del Decesso;
3. Se vi è stato Ricovero Ospedaliero, copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative all'Infortunio che ha causato il Decesso.

Garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia

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

Garanzia Inabilità Temporanea Totale al Lavoro da Infortunio e Malattia

1. Copia del certificato del Pronto Soccorso;
2. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
3. 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).

Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia

1. Copia del certificato del Pronto Soccorso;
2. Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
3. 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).

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o le documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento.