

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

### Polizza Collettiva n. 10000000183

### “SOFTOP CPI SMALL BUSINESS”

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, al seguente indirizzo Pec [sinistriBBPMA@legalmail.it](mailto:sinistriBBPMA@legalmail.it)



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

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: .....

