

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza Collettiva n. 10000000184

Per le **GARANZIE INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE, RICOVERO OSPEDALIERO**, il sinistro deve essere tempestivamente denunciato: telefonando al n° verde 800 055 177 (dall'Italia), o al n° +39 011 74 17 266 (dall'estero) e successivamente trasmettendo via raccomandata A/R il presente modulo, al seguente indirizzo:



Spett.
Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
c/o BLUE ASSISTANCE
via Santa Maria n. 11
10122 - TORINO

Mutuo n°: n° intestatari/cointestatari Contratto di Mutuo:

Cognome e Nome di tutti gli intestatari/Assicurati:

- 0)
- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Dati dell'Assicurato cui il sinistro si riferisce:

Cognome e Nome: C.F.:
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):

- INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE**
 - o Modulo di adesione alla Polizza;
 - o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
 - o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso;
 - o Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**
 - o Modulo di adesione alla Polizza;
 - o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
 - o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
 - o Copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica completa e conforme all'originale;
 - o Copia dei certificati medici attestanti il periodo di Inabilità fino a quello attestante la guarigione;
 - o Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.
- RICOVERO OSPEDALIERO**
 - o Modulo di adesione alla Polizza;
 - o Descrizione dettagliata del sinistro (specificando, giorno, ora, luogo dell'evento e cause che lo hanno determinato);
 - o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
 - o Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero e di referti medici;

- o Copia del piano di ammortamento valido al momento del sinistro.

Cognome e Nome Beneficiario/i

IBAN (eventualmente più di uno):

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.

LUOGO e DATA FIRMA DELL'ASSICURATO/DENUNCIANTE

