



BPM ASSICURAZIONI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza Collettiva n. 10000000185

per le **GARANZIE IVALIDITA' TOTALE PERMANENTE, PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO, INABILITA' 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

Finanziamento n°: N° intestatari/cointestatari Contratto di finanziamento:

Cognome e Nome di tutti gli intestatari/Assicurati:

-
-

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 Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso;
- o Documentazione medica/cartelle cliniche relative all'infortunio o alla malattia che ha determinato l'Invalidità permanente;
- o Piano di ammortamento originario del finanziamento.

PERDITA INVOLONTARIA D'IMPIEGO

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- o Documentazione comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità (solo nel caso di lavoratore in mobilità);
- o Copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego;
- o Copia della scheda professionale;
- o Copia del contratto di assunzione e degli ultimi 2 (due) cedolini paga;
- o Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'Impiego);
- o Copia della domanda del datore di lavoro della CIGS;
- o Attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento;
- o Copia del piano di rimborso originario.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- o Modulo di adesione alla polizza;
- o Copia del referto/certificato del Pronto Soccorso o del Medico curante;
- o Visura camerale aggiornata dopo la data del sinistro;
- 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 originario.

MOD. CPIPRESTFIN185003_012019



BPM ASSICURAZIONI

RICOVERO OSPEDALIERO

- o Modulo di adesione alla polizza;
- 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 rimborso originario.

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.....

