

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO - M_01

Si prega di voler compilare il presente modulo in ogni sua parte ed inviarlo sottoscritto al seguente indirizzo:

Cardif- Back Office Protezione-Uff.Sinistri
Casella Postale 421 – c.a.p. 20123 Milano (MI)

Tel.: 800.900.780
Fax: 02 30329810

Dati dell'Assicurato

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di recapito _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel.: _____ Tel. ufficio: _____ Cell.: _____ Fax: _____

Condizione lavorativa al momento del sinistro (barrare la casella):

- Lavoratore dipendente (Pubblico) Lavoratore dipendente (Privato) Lavoratore autonomo Studente
 Casalinga Pensionato Altro _____

Dati del Dichiarante "(solo nei casi in cui la dichiarazione non può essere compilata dall'Assicurato)"

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di recapito _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel.: _____ Tel. ufficio: _____ Cell.: _____ Fax: _____

Rapporto di parentela con l'Assicurato: Coniuge Genitore Figlio Nessuno Altro _____

N. Sottoscrizione: " _____ "

Tipo di sinistro

Data di accadimento del sinistro _____ Luogo di accadimento del sinistro _____

- Garanzia per cui denuncia il sinistro: Invalidità totale permanente Decesso Malattia grave
 Inabilità temporanea al lavoro Perdita di impiego Altro

Descrizione dell'accaduto _____

L'Assicurato dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), dal Gruppo BNP Paribas anche per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte delle Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data _____ Firma dell'Assicurato_____

Il Dichiarante dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), dal Gruppo BNP Paribas anche per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte delle Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data _____ Firma del Dichiarante_____