

## 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\_\_\_\_\_