Modulo di Denuncia Sinistro - Copertura Assicurativa Infortuni

Numero di Polizza: _____ **Azienda Aderente:** _____

Assicurato: Nome _____ Cognome _____ Data di Nascita __ / __ / ____

Cod. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data Evento __ / __ / ____

Residente in Via _____ Cap _____ Città _____ Prov ____

Stato Civile _____ Categoria _____

Telefono _____ Email * _____

Solo in caso di decesso dell'assicurato**:

Beneficiario: Nome _____ Cognome _____ Data di Nascita __ / __ / ____

Cod. Fiscale|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso M F

Residente in Via _____ Cap _____ Città _____ Prov ___

Telefono _____ Email * _____

Rapporto con l'Assicurato: ☐ Coniuge ☐ Genitore ☐ Figlio ☐ Altro _____

(*) Compilare nel caso in cui si acconsenta a che la Compagnia adempia ai propri obblighi di comunicazione tramite questa modalità.

(**) per tutte le garanzie, escluso il caso di decesso, il Beneficiario è l'Assicurato medesimo.

Descrizione dell'evento e delle cause del sinistro:

Si comunica che in data __ / __ / ____ presso _____ si è verificato l'infortunio che descrivo

nel dettaglio _____

_____

Allegare i seguenti Documenti (necessari per l'apertura del sinistro)

- Copia del Documento di Identità e Codice Fiscale (leggibili ed in corso di validità)
- Copia del Certificato di Pronto Soccorso o del medico che ha eseguito la prima visita a seguito di infortunio
- Copia del Verbale redatto dalle autorità, eventualmente intervenute, sul luogo dell'infortunio;
- Altra documentazione utile per la liquidazione;

Dichiarazione di eventuali precedenti Infortuni occorsi:

Specificare anno di accadimento, tipologia di infortunio ed eventuali postumi riportati:

_____

Dichiarazione di esistenza di ulteriori polizze infortuni in corso di validità

☐ non esistono a mio nome altre polizze ☐ esistono a mio nome altre polizze*	(*) Specificare: Compagnia _____ N. Polizza _____

Ai fini dell'accreditamento di eventuali indennizzi o liquidazioni, il sottoscritto, **in qualità di Beneficiario**, fornisce qui di seguito i dati del **proprio c/c bancario o del conto corrente di cui è co-intestatario****.

Banca	Agenzia	Indirizzo
IBAN		

(**) le disposizioni antiriciclaggio, volte a rafforzare la tracciabilità dei flussi finanziari, richiedono di corrispondere le somme dovute ai beneficiari a mezzo di bonifico bancario esclusivamente su un conto (bancario o postale) riferibile al beneficiario stesso.

Consenso al trattamento dei dati sensibili – da compilare a cura del Denunciante

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa Privacy del Contraente e di Elips Life Ltd allegata al modulo di adesione, di cui al Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR") e delle ulteriori norme applicabili (tra cui il Decreto Legislativo 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo 101/2018)

☐ presta il consenso ☐ nega il consenso	al trattamento dei miei dati sensibili per le finalità ivi descritte, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa (appartenenti alla cd Catena Assicurativa delle Compagnie che prestano le garanzie assicurative), funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.

Avvertenza: l'acquisizione dei dati personali, comuni e sensibili, è necessaria ad Elips Life Ltd per adempiere alle finalità descritte nel paragrafo B) dell'Informativa Privacy. L'eventuale Suo rifiuto a fornire le informazioni richieste e/o il mancato consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere alla Sua assunzione in copertura e/o alla liquidazione di un eventuale sinistro.

Luogo: _____ Data: _____ Firma (leggibile): _____