

Spettabile
Centro Processi Assicurativi
c/o In.se.co S.r.l – Gruppo Mol
Via Alessandro Volta, 5/4
48018 Faenza (RA)
Numero verde: **800054477**
Email: sinistri.cattolica@gruppomol.it

MODULO DENUNCIA SINISTRO
ART. 13 DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Selezionare la garanzia che si intende attivare:

- ☐ **Perdita d'impiego**
☐ **Invalidità Permanente**
☐ **Inabilità temporanea**
☐ **Malattia Grave**

(Si precisa che è opportuno presentare la denuncia solo se la garanzia è stata acquistata)

DATI DELLA POLIZZA:

*Cognome e nome dell'Aderente _____

*Codice Fiscale _____

*Numero adesione _____

ESTREMI DELLA FILIALE BANCARIA DI APOGGIO DELLA POLIZZA:

Banca _____ Città _____ Tel. _____

***RIFERIMENTI DELL'ASSICURATO**

Telefono cellulare _____ Telefono fisso _____ Fax _____

E-mail _____

(indicare preferibilmente il telefono cellulare, in modo da ricevere SMS su stato pratica)

INDIRIZZO PER RICEVIMENTO CORRISPONDENZA:

Via e numero civico, Cap e Città _____

***DATA DELL'EVENTO** _____ ***LUOGO DI ACCADIMENTO** _____

***DESCRIZIONE DELL'EVENTO:** _____

IBAN _____

(verrà utilizzato se l'evento è indennizzabile)

***ALLEGATI:** documenti previsti dall'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione

Data della richiesta _____

Firma del denunciante

