

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](mailto: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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

