MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Il sinistro può essere denunciato inviando questo Modulo e l'eventuale ulteriore documentazione

@ alla casella di posta elettronica **sinistri@poste-assicura.it.**
Se si richiede una prestazione in una Struttura medica convenzionata la casella mail da utilizzare è **sinistri.inconvenzione@poste-assicura.it**

a Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Sinistri - Viale Europa, 190 - 00144 Roma

Per qualsiasi chiarimento chiamare il Numero Verde 800.13.18.11 di Poste Assicura S.p.A.

Polizza N° .....

Dati del contraente

Cognome..... Nome .....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Recapito (cellulare e fisso) .....

e-mail .....

Luogo di residenza .....

È assicurato per tali eventi presso altre compagnie (se sì quali)?.....

.....

Dati dell'assicurato *(se diverso dal contraente)*

Cognome..... Nome .....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Recapito (cellulare e fisso) .....

e-mail .....

Luogo di residenza .....

È assicurato per tali eventi presso altre compagnie (se sì quali)?.....

.....

Che cosa riguarda il sinistro/richiesta di prestazione?

❑ LA SALUTE ❑ IL MIO ANIMALE ❑ LA RESPONSABILITÀ PERSONALE

❑ L'ABITAZIONE E IL PATRIMONIO ❑ L'ASSISTENZA LEGALE

Facoltà di scelta del Legale (in caso di ASSISTENZA LEGALE):

❑ Lascio a ARAG SE (Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia) la scelta del legale

❑ Dichiaro sin d'ora di scegliere il legale di seguito indicato (che secondo le condizioni di assicurazione deve risiedere nel luogo dove ha sede l'ufficio giudiziario competente)

.....

Breve descrizione del sinistro/prestazione richiesta

Data ……/……/ …… Luogo (comune e provincia) ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Sono state danneggiate altre persone e/o è presente una controparte? ❑ SI ❑ NO

Nominativi ……

Recapiti (cellulare e mail) ……

Esiste un rapporto di parentela tra l'assicurato e il danneggiato/controparte? (se si quale)

……

Se il sinistro riguarda un'abitazione indicare:

Indirizzo, comune e provincia ……

Scala, piano e interno ……

In caso di decesso indicare i dati del Beneficiario

Poste Assicura S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, la informa che, come previsto dall' informativa privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), reperibile sul sito www.poste-assicura.it, i suoi dati personali saranno trattati per fornire le prestazioni assicurative richieste o previste in suo favore. Inoltre i suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge. Per queste finalità il conferimento dei dati è necessario, in mancanza dello stesso non sarà possibile fornirle il servizio richiesto.

Cognome..... Nome .....

Codice Fiscale ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊

Recapito telefonico (facoltativo) ..... e-mail .....

Modalità di pagamento (barrare con “x” la modalità prescelta)

❑ Accredito sul c/c N°.....

IBAN

❑ Accredito sul libretto di risparmio postale intestato a .....

Libretto N°

❑ Assegno

Autorizzazione al rilascio di informazioni a terze persone diverse dall’Assicurato

Attenzione: le informazioni di seguito richieste sono raccolte con il solo scopo di identificare le persone autorizzate a conoscere le informazioni sullo stato della polizza o del sinistro. L’assicurato, i beneficiari o gli aventi diritto, in virtù del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), si impegnano ad informare tali soggetti circa il conferimento dei propri dati personali al Gruppo Poste Vita ed alle relative finalità/modalità di trattamento descritte nell’Informativa Privacy ricevuta all’atto di sottoscrizione della polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it

Cognome..... Nome .....

Codice Fiscale

Tipo documento ..... n° .....

Recapito telefonico..... email .....

Autorizzazione trattamento dei dati personali

Presa visione dell’Informativa Privacy resa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR), ricevuta all’atto di sottoscrizione della polizza e comunque reperibile sul sito www.poste-assicura.it, acconsento al trattamento dei miei dati personali, eventualmente compresi quelli relativi alla salute, per le attività di gestione e di liquidazione dei sinistri.

Data ...../……/.....

Firma dell’assicurato o del beneficiario o degli aventi diritto

.....

Grazie della sua collaborazione!

Possiamo avviare l’istruttoria di liquidazione, e quindi valutare rapidamente il danno, solo se il modulo è completo e firmato.

Se fosse necessario, Poste Assicura potrebbe chiederle di fornire ulteriore documentazione.