

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO - GARANZIA CANCRO

Polizza n° DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per l'apertura della pratica)

DATI DELL'ASSICURATO

Nome Cognome Sesso
 Data di nascita Luogo di nascita Prov.
 Indirizzo di Residenza CAP Comune
 Provincia Codice fiscale

DATI DELL'EVENTO ASSICURATO

Data della prima diagnosi Tipo di diagnosi (ICD)

Descrizione della diagnosi:

Indicare la struttura ospedaliera/ clinica:

Indicare nome e cognome del medico che ha formulato la diagnosi:

Nome Cognome
 Indirizzo

INFORMAZIONI PER LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Banca Swift
 Codice IBAN

Apponendo la mia firma al presente documento confermo di aver fornito tutte le informazioni necessarie di mia spontanea volontà, in modo veritiero e senza alcuna eccezione.

Luogo Data

Telefono

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO

Io sottoscritto dichiaro che le informazioni da me fornite corrispondono al vero; inoltre dichiaro di sciogliere dal riserbo i medici curanti al fine di consentire alla Società di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di sinistro.

Dichiaro di essere informato/a del fatto che i dati personali e sensibili da me forniti con la compilazione del presente modulo di denuncia, sono necessari a AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A. i. al fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato/a del fatto che rimangono, per il resto, invariate le indicazioni contenute nell'informativa, ed in particolare quanto ivi riportato in merito alle modalità di trattamento, al titolare e al responsabile dello stesso e ai diritti a me riconosciuti dal D.lgs. n. 196/2003. Con la sottoscrizione che segue, esprimo il libero consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da me forniti, da parte di AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A., alla loro comunicazione ai soggetti ivi individuati e ai conseguenti trattamenti da questi ultimi effettuati, in ogni caso ai soli fini di liquidare il sinistro a me occorso.

Firma del richiedente Data Luogo

Si prega di notare che, al momento della denuncia del sinistro assicurativo, sarà necessario fornire la documentazione indicata nell'art. 38 delle Condizioni di assicurazione, che include:

- a) copia della carta di identità e codice fiscale
- b) originale dell'attestato di polizza assicurativa
- c) originale della lettera di dimissione del medico e relativi referti medici di controllo
- d) copia conforme della cartella clinica rilasciata dal medico di medicina generale, oppure una relazione clinica redatta dallo stesso medico, qualora tale relazione si rendesse necessari
- e) sottoporsi a visita medica presso un medico designato dalla compagnia assicurativa

CONTATTI UTILI E MODALITÀ DI INVIO DELLA DENUNCIA

Richiesta e documentazione possono essere inviate direttamente all'indirizzo e-mail:	sinistro@agramlife.it	Recapito telefonico per contatto:	+385 1 6292 643
--	--	-----------------------------------	-----------------

L'informativa sulla privacy costituisce parte integrante della presente denuncia di sinistro.