

Apertura sinistro NUOVA PROTEZIONE PRESTITI COMPASS

Per attivazione delle seguenti garanzie previste dal contratto di assicurazione:

- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia;
- Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia;
- Perdita d'Impiego;
- Malattia Grave.

ATTENZIONE:

➤ Per le polizze emesse a partire dal 1° settembre 2016

→ → → → → → compilare il **MODULO**

1

➤ Per le polizze emesse dal 10 agosto 2016 al 31 agosto 2016

→ → → → → → compilare il **MODULO**

2

Per polizze con decorrenze diverse, tornare alla pagina del sito “Assistenza sinistri polizze non auto” e scorrere verso il basso per trovare IL NOME ESATTO DEL PRODOTTO SOTTOSCRITTO che è riportato sulla polizza che ti è stata consegnata.

ABC Assicura S.p.A
c/o IN.SE.CO. S.r.l.- Gruppo MOL
Via Volta,5/4 - 48018 Faenza (RA)
La documentazione potrà essere inviata
anche tramite PEC all'indirizzo:
sinistri.cattolica@legalmail.it

1

MODULO

Apertura sinistro NUOVA PROTEZIONE PRESTITI COMPASS

Per attivazione delle garanzie previste dal contratto di assicurazione: Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Perdita d'Impiego, Malattia Grave.

MODULO VALIDO PER POLIZZE STIPULATE A PARTIRE DAL 01/09/2016

❖ **DATI DELLA POLIZZA:**

Cognome e nome dell'Aderente _____

Numero di adesione della polizza _____

❖ **ESTREMI DELLA FILIALE BANCARIA DI APPOGGIO DELLA POLIZZA:**

Banca _____ Città _____ Numero Filiale _____

❖ **RIFERIMENTI DOVE DESIDERO ESSERE CONTATTATO (per velocizzare l'iter se possibile selezionare tutti i tipi di contatto. E' assolutamente consigliato indicare il numero di telefono cellulare e l'indirizzo email):**

Telefono fisso _____ Telefono Cell. _____

Email _____ Fax _____

❖ **INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA (obbligatorio):**

Via e numero civico, Cap e Città _____

❖ **DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO:**

Data dell'evento _____

Firma del denunciante



Data della richiesta _____

ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'AVVENUTO SINISTRO

Si prega di non allegare documentazione fotografica che, se necessaria, verrà richiesta in un secondo momento

Per ulteriori informazioni: Numero Telefonico 02.83440579

e-mail: sinistri.cattolica@gruppomol.it

FINANCIAL INSURANCE COMPANY LIMITED
Numero verde 800.39.43.46
Servizio operativo Lunedì-giovedì dalle 9 alle 13 e dalle
14 alle 17, Venerdì dalle 9 alle 13.

Servizio Sinistri – Via San Gregorio 34 – 20124 Milano

MODULO

Apertura sinistro NUOVA PROTEZIONE PRESTITI COMPASS

Per attivazione delle garanzie previste dal contratto di assicurazione: Inabilità Totale Temporanea da Infortunio e Malattia, Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia, Perdita d'Impiego, Malattia Grave.

MODULO VALIDO PER POLIZZE STIPULATE A PARTIRE DAL 10/08/2016 E FINO AL 31/08/2016

❖ **DATI DELLA POLIZZA:**

Cognome e nome dell'Aderente _____

Numero di adesione della polizza _____

❖ **ESTREMI DELLA FILIALE BANCARIA DI APPOGGIO DELLA POLIZZA:**

Banca _____ Città _____ Numero Filiale _____

❖ **RIFERIMENTI DOVE DESIDERO ESSERE CONTATTATO (per velocizzare l'iter se possibile selezionare tutti i tipi di contatto. E' assolutamente consigliato indicare il numero di telefono cellulare e l'indirizzo email):**

Telefono fisso _____ Telefono Cell. _____

Email _____ Fax _____

❖ **INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA (obbligatorio):**

Via e numero civico, Cap e Città _____

❖ **DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EVENTO:**

Data dell'evento _____

Firma del denunciante



Data della richiesta _____

ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'AVVENUTO SINISTRO

Si prega di non allegare documentazione fotografica che, se necessaria, verrà richiesta in un secondo momento

Per ulteriori informazioni: numero verde 800394346