

Apertura sinistro NUOVA PROTEZIONE PRESTITI COMPASS

Per attivazione delle seguenti garanzie previste dal contratto di assicurazione:

- Decesso.

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.

Berica Vita S.p.A
mediante fax al n. 045/8372304
oppure mediante lettera raccomandata indirizzata a:
Berica Vita S.p.a.
Ufficio Gestione Canali Bancassicurazione
Via Carlo Ederle, 45 - 37126 Verona

1

MODULO

Apertura sinistro NUOVA PROTEZIONE PRESTITI COMPASS

Per attivazione delle garanzie previste dal contratto di assicurazione: Decesso.

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 verde 800.21.91.91

Servizio Sinistri – Via San Gregorio 34 – 20124 Milano

MODULO

Apertura sinistro NUOVA PROTEZIONE PRESTITI COMPASS

Per attivazione delle garanzie previste dal contratto di assicurazione: Decesso.

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