

Spett.le
 Net Insurance S.p.A.
 Gestione Sinistri
 e.mail : claims@netinsurance.it

Denuncia sinistro			
ID ADESIONE _____			
DATI ASSICURATO (Cognome e Nome) _____			
Nato a	_____	il	____/____/____
Codice fiscale	_____		
Residente in (via, piazza, ecc.)	_____	n. civico	_____
Città e provincia	_____ (____)	c.a.p.	_____
Indirizzo e-mail	_____	n. cellulare	_____
DATI DEL CONTO CORRENTE			
IBAN	_____		
DATI SINISTRO			
Data, ora e luogo del sinistro	_____		
Dinamica del sinistro	_____		
Descrizione del danno (solo per la garanzia infortuni)	_____		
In caso di Annullamento partecipazione alla manifestazione sportiva, specificare l'evento che lo ha determinato (art. 13 CGA)	_____		
Intervento autorità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se SI quali	<input type="checkbox"/> Polizia	<input type="checkbox"/> Carabinieri	<input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> VVFF
COPERTURA ASSICURATIVA INTERESSATA DAL SINISTRO			
Sezione di Polizza	<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Invalidità permanente	<input type="checkbox"/> Diaria da ricovero
	<input type="checkbox"/> Annullamento partecipazione alla manifestazione sportiva		
PRESENZA ALTRE ASSICURAZIONI			
Possesso di ulteriori polizze assicurative che garantiscono l'evento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se SI indicare i dati di tali Polizze (numero, nome, indirizzo della Compagnia)	_____		
<p>Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che omissioni intenzionali o dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa. Mi impegno inoltre, qualora dovessero verificarsi cambiamenti, a darne comunicazione a Net Insurance S.p.A.</p>			
LUOGO e DATA		FIRMA DELL'ASSICURATO/BENEFICIARIO	

Si allegano i seguenti documenti: <input type="checkbox"/> certificato del pronto soccorso <input type="checkbox"/> relazione medico-legale <input type="checkbox"/> fatture spese mediche <input type="checkbox"/> cartella clinica <input type="checkbox"/> certificato di morte <input type="checkbox"/> documentazione prevista dall'art. 13 CGA, in caso di annullamento del viaggio <input type="checkbox"/> altro	
CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI Preso atto dell'informativa ai sensi del Regolamento Generale Protezione Dati/UE 2016/679, il sottoscritto dà il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali secondo il contenuto di cui al punto 2.a. della "Informativa Privacy" (Mod. NET/Nota_Privacy) preventivamente ricevuta.	
LUOGO e DATA	FIRMA DELL'ASSICURANDO