

DATI DELL'ASSICURATO

Nome e cognome dell'assicurato:

No. documento d'identità:

Indirizzo:

Data di nascita

Cap:

Località:

Luogo di nascita:

Prov.:

Cittadinanza:

Richiesta di sinistro presentata da:

Indirizzo per la corrispondenza:

Numero di telefono:

E-mail:

DESCRIZIONE DELL'EVENTO ASSICURATO

Data, ora e luogo dell'evento assicurativo:

Descrizione dell'evento assicurato:

Decesso:

Causa del decesso:

Nome del dottore che ha firmato il certificato di morte:

Nome e indirizzo del medico curante:

Si prega di fornire tutti i documenti pertinenti (comunicazione di avvenuto decesso, certificato di morte, documentazione medica completa della persona assicurata in possesso del medico curante o di altre istituzioni applicabili, la conferma del genitore/tutore se il beneficiario ha meno di 18 anni, la dichiarazione relativa all'amministrazione dei beni del defunto/gli estremi per contattare un legale).

PERSONA DI RIFERIMENTO (BENEFICIARIO)

Cognome:

Nome:

Numero di telefono:

E-mail:

Indirizzo per la corrispondenza:

L'IBAN PER LA LIQUIDAZIONE DEL INDENNIZZO

IBAN:

SWIFT:

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. La NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e i suoi partner sono tenuti a rispettare la Legge sulla protezione dei dati personali e il trattamento di tali dati personali è effettuato al solo scopo di liquidare l'evento assicurato. I dipendenti della NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e qualsiasi partner come gli agenti o i medici sono tenuti al segreto professionale come stabilito da qualsiasi legislazione applicabile e dalla Legge sulla protezione dei dati personali.

Data della firma

Firma dell'assicurato



Firma della persona da
contattare (beneficiario)



PERSONA DI RIFERIMENTO (BENEFICIARIO)

Cognome: _____ Nome: _____
Numero di telefono: _____ E-mail: _____
Indirizzo per la corrispondenza: _____

L'IBAN PER LA LIQUIDAZIONE DEL INDENNIZZO

IBAN: _____ SWIFT: _____

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. La NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e i suoi partner sono tenuti a rispettare la Legge sulla protezione dei dati personali e il trattamento di tali dati personali è effettuato al solo scopo di liquidare l'evento assicurato. I dipendenti della NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e qualsiasi partner come gli agenti o i medici sono tenuti al segreto professionale come stabilito da qualsiasi legislazione applicabile e dalla Legge sulla protezione dei dati personali.

Data della firma _____ Firma dell'assicurato  Firma della persona da contattare (beneficiario) 

PERSONA DI RIFERIMENTO (BENEFICIARIO)

Cognome: _____ Nome: _____
Numero di telefono: _____ E-mail: _____
Indirizzo per la corrispondenza: _____

L'IBAN PER LA LIQUIDAZIONE DEL INDENNIZZO

IBAN: _____ SWIFT: _____

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. La NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e i suoi partner sono tenuti a rispettare la Legge sulla protezione dei dati personali e il trattamento di tali dati personali è effettuato al solo scopo di liquidare l'evento assicurato. I dipendenti della NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e qualsiasi partner come gli agenti o i medici sono tenuti al segreto professionale come stabilito da qualsiasi legislazione applicabile e dalla Legge sulla protezione dei dati personali.

Data della firma _____ Firma dell'assicurato  Firma della persona da contattare (beneficiario) 

PERSONA DI RIFERIMENTO (BENEFICIARIO)

Cognome: _____ Nome: _____
Numero di telefono: _____ E-mail: _____
Indirizzo per la corrispondenza: _____

L'IBAN PER LA LIQUIDAZIONE DEL INDENNIZZO

IBAN: _____ SWIFT: _____

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. La NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e i suoi partner sono tenuti a rispettare la Legge sulla protezione dei dati personali e il trattamento di tali dati personali è effettuato al solo scopo di liquidare l'evento assicurato. I dipendenti della NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poist'ovňa a.s. e qualsiasi partner come gli agenti o i medici sono tenuti al segreto professionale come stabilito da qualsiasi legislazione applicabile e dalla Legge sulla protezione dei dati personali.

Data della firma _____ Firma dell'assicurato  Firma della persona da contattare (beneficiario) 