

DENUNCIA DI INFORTUNIO E MALATTIA

Inviare entro 5 giorni dall'infortunio via fax o per raccomandata a:
ASPEVI MILANO s.r.l. - Agenzia speciale di Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Via Aniene, 2 - 20151 Milano
Fax 02.40912925 - oggiiperildomani@vittoriaassicurazioni.it

CONTRAENTE/ASSICURATO

CORPO DI APPARTENENZA	IN SERVIZIO PRESSO
-----------------------	--------------------

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO			
INDIRIZZO		COMUNE	PROV.
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	COD. FISCALE	
TELEFONO	CELL	E-MAIL	
BANCA	AGENZIA DI		N.
N. IBAN			

FAMILIARE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

COGNOME	NOME
PROFESSIONE	GRADO DI PARENTELA

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO

DATA INFORTUNIO/DIAGNOSI/LUOGO		
DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO/ DIAGNOSI RELATIVA ALLA MALATTIA INSORTA		
ALLEGATI ALLA PRESENTE DENUNCIA (in originale od in copia conforme)		
<input type="checkbox"/> CERTIFICATO PRONTO SOCCORSO ED A SEGUIRE:		
<input type="checkbox"/> AUTOCERTIFICAZIONE COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> CERTIFICATO DI RICOVERO	<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA
<input type="checkbox"/> CERTIFICATO MEDICO CURANTE	<input type="checkbox"/> ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	<input type="checkbox"/> DICHIARAZIONE CHIUSURA SINISTRO

NB: Dovranno essere inviati in via continuativa eventuali certificati di proroga ed infine, insieme al certificato di chiusura, allegare originali delle fatture e/o notule delle spese mediche. Dovrà inoltre essere inviata la Dichiarazione di Chiusura Sinistro, tramite l'apposito modulo scaricabile dal sito vittoriaassicurazioni.com

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy, **ACCONSENTE** al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute. Del pari, **ACCONSENTE** alla comunicazione e all'eventuale trasferimento all'estero dei propri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE
NOMINATIVO	FIRMA DEL RICHIEDENTE

NB: E' necessaria la firma di ogni componente maggiorenne del nucleo familiare. Per i minori è sufficiente la firma di chi esercita la potestà.