

**DENUNCIA DI INFORTUNIO O DI RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA e/o INFORTUNIO**

**Inviare entro 5 giorni dall'infornunio via fax, o via mail, Pec o per raccomandata a:**  
Aspevi Roma S.r.l. - Agenzia Speciale di Vittoria Assicurazioni S.p.A. Via Abruzzi, 4 - 00187 Roma -  
Fax 06 6798680 - [oggiperildomani@vittoriaassicurazioni.it](mailto:oggiperildomani@vittoriaassicurazioni.it) Pec [oggiperildomani@pec.agentivittoria.it](mailto:oggiperildomani@pec.agentivittoria.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			

**IN CASO DI INFORTUNIO O MALATTIA DI FAMILIARE ASSICURATO INDICARNE I DATI**

COGNOME	NOME
PROFESSIONE	GRADO DI PARENTELA

**INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO**

DATA INFORTUNIO	LUOGO INFORTUNIO
<b>DESCRIZIONE DELLA DINAMICA DELL'INFORTUNIO ----- (IN CASO DI RICOVERO PER MALATTIA ALLEGARE CARTELLA CLINICA)</b>	
ALLEGATI ALLA PRESENTE DENUNCIA (in originale od in copia conforme)	
<input type="checkbox"/> CERTIFICATO PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/> PROVVEDIMENTO MEDICO DI RIPOSO/LICENZA
<input type="checkbox"/> CERTIFICATO PRIMA DIAGNOSI DELLA MALATTIA	
ED A SEGUIRE:	<input type="checkbox"/> CERTIFICATO DI RICOVERO <input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA
<input type="checkbox"/> AUTOCERTIFICAZIONE COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> DICHIARAZIONE CHIUSURA SINISTRO <input type="checkbox"/> ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**NB:** inviata la denuncia di sinistro, si consiglia di conservare gli ORIGINALI delle fatture e/o notule delle spese mediche regolarmente prescritte e di spedire infine tutta la documentazione insieme alla Dichiarazione di Chiusura Sinistro, la quale è scaricabile dal sito [www.vittoriaassicurazioni.com](http://www.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.