

POLIZZA INFORTUNI TESSERATI N. 694/25/00513232

MODULO DENUNCIA DI SINISTRO

Da spedire a: **ALLEANZATORO S.p.A.**
Corso Matteotti, 38 20038 SEREGNO (MB)
o inviare via fax al N°: **0362.223136** o via e-mail: **info@eccsas.it.**
Responsabile Ufficio Sinistro: Sig.ra Maria Grazia (0362.220804)

INFORTUNATO

Cognome e Nome: _____ Data e luogo di nascita: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

In caso di infortunato minorenne Cognome e Nome di un genitore: _____

CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

Giorno: ___ / ___ / _____ Ora: _____ Località in cui è avvenuto l'infortunio: _____

Modalità e cause dell'infortunio: _____

Lesioni riportate: _____

ALLEGARE:

- () Fotocopia del certificato del Pronto Soccorso e/o del medico che ha prestato le prime cure;
- () Originale delle fatture per le spese mediche sostenute;
- () Copia della cartella clinica in caso di ricovero in Istituto di Cura.

Data: ___ / ___ / _____ Firma dell'infortunato o del genitore: _____

Consenso al trattamento dei dati sensibili per finalità assicurative/liquidative

Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità assicurative/liquidative apponendo la Sua firma ed autorizzando così la Società AlleanzaToro s.p.a. al suddetto trattamento per i sinistri di propria competenza.

Data sottoscrizione modulo: ___ / ___ / _____

Firma dell'infortunato o del genitore
