



POLIZZA INFORTUNI TESSERATI N. 410788831

MODULO DENUNCIA DI SINISTRO

Da spedire a: **GENERALI ITALIA SPA**
20831 SEREGNO (MB) – Corso Matteotti, 38
o inviare via fax al n. **0362223136** o via mail: info@eccsas.it
Responsabile Ufficio Sinistri: Sig.ra Cristina (tel. 0362220804)

INFORTUNATO

Cognome e Nome: _____ Luogo e data di nascita: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

In caso di infortunio a 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;
- () Originali 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 opponendo la Sua firma ed autorizzando così la Società GENERALI ITALIA spa al suddetto trattamento per i sinistri di propria competenza.

Data sottoscrizione modulo: ____ / ____ / ____ Firma dell'infortunato o del genitore _____