



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](mailto: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 \_\_\_\_\_