ONA

GENERALI Assicurazioni Generali

TBA

Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)

Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" n. 263669400 Assicurazioni Generali S.p.A.

- Per il Dipendente del C.N.V.V.F. e del Corpo Provinciale dei V.V.F. di Trento

Titolare

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo (casa) _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ Codice Fiscale _____

Comando di appartenenza _____ Qualifica _____

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento dal _____

Coordinate bancarie del Titolare in formato IBAN

Banca _____ Intestatario _____

COD.INT. ☐☐ ☐☐ CIN ☐ ABI ☐☐☐☐☐ CAB ☐☐☐☐☐ C/C ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Evento cui si riferisce il sinistro

Infortunio Malattia Parto Accertamenti diagnostici / Visite specialistiche

Ricovero dal _____ al _____

N° ticket allegati _____

N° fatture allegate _____

La richiesta di rimborso va presentata non oltre 2 anni dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere, vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r. Trascorsi due anni, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).

Il presente modulo, compilato e sottoscritto fronte e retro anche per la "Privacy"*, deve essere restituito alla Taverna S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1

Data _____ **Firma** _____

** sul retro Modello "Privacy" (D. Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).*