

Modulo richiesta di indennizzo

Polizza ARCAVENTI4

DA INVIARE TRAMITE FAX AL N. 045.8192397
OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA

Spettabile
Arca Assicurazioni S.p.A.
Via del Fante, 21
37122 – Verona
Fax 045 - 8192397

N° SINISTRO (riservato alla società)		N° CONTRATTO	
DATI DELL'ASSICURATO			
Cognome e nome.....			
Professione.....			
Residente in Via civ.			
Cap.....Comune..... Provincia.....			
Tel. Sig.:			
Reperibilità: giorni dalle ore alle ore			
DESCRIZIONE DELL'EVENTO			
<input type="checkbox"/> Morte da infortunio <input type="checkbox"/> Invalidità permanente da infortunio <input type="checkbox"/> Diaria da ricovero da infortunio			
Data e ora			
Località accadimento del sinistro			
Causa e descrizione dell'evento			
Autorità intervenute			
Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la Compagnia)			
Documenti allegati			
Precedenti infortuni dell'assicurato (indicare data e sede anatomica delle lesioni) / postumi riportati			
Precedenti ricoveri/interventi, data: Patologia:			
Referente Banca: Tel.			
Coordinate bancarie IBAN:			
Banca:			
Intestatario:			
Firma del Contraente/Assicurato 			Data
Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali sensibili Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs. n° 196/2003 presente nel Fascicolo Informativo, acconsento: <ul style="list-style-type: none"> - al trattamento dei dati sensibili che mi riguardano - alla comunicazione a terzi dei dati sensibili che mi riguardano per finalità attinenti alla gestione e liquidazione dei sinistri. Sono consapevole che il rifiuto al conferimento di tali dati comporterà per la Società l'impossibilità di gestire e liquidare il sinistro, essendo tali dati necessari per la gestione e liquidazione dello stesso.			
Luogo e data: _____ Firma:  _____			