

Modulo richiesta di Indennizzo

Polizza TI INDENNIZZO NEW

DA INVIARE TRAMITE FAX AL N. 045.8192397
OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA

Spettabile
Arca Assicurazioni S.p.A.
Via del Fante, 21
37122 – Verona

N° SINISTRO (riservato alla Società)		N° CONTRATTO	
DATI DELL'ASSICURATO			
Cognome e nome			
Luogo e data di nascita		CF/PI	
Professione			
Residenza			
Reperibilità:			
giorni	dalle ore	alle ore	
DATI DEL DANNEGGIATO			
Cognome e nome			
Luogo e data di nascita		CF/PI	
Professione			
Residenza			
Reperibilità:			
giorni	dalle ore	alle ore	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO			
Indennità da ricovero per intervento chirurgico		Indennità da infortunio	
Data e ora			
Autorità intervenute			
Località di accadimento del sinistro			
Causa e descrizione dell'evento (come è avvenuto il fatto, cosa stava facendo ecc....)			
Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la compagnia)			
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:			
- 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:  _____			