

Programma Invalidità Permanente da Malattia

DENUNCIA DI SINISTRO

DATI ASSOCIATO

AZIENDA ASSOCIATA

CATEGORIA

QUADRO

CATEGORIA

IMPIEGATO

CATEGORIA

OPERAIO

CATEGORIA

DIRIGENTE

DATI ANAGRAFICI

NOMINATIVO

INDIRIZZO

COMUNE

PROV.

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

COD. FISCALE

TELEFONO

CELL

E-MAIL

BANCA

AGENZIA DI

N.

N. IBAN

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'EVENTO

DATA DIAGNOSI

DIAGNOSI RELATIVA ALLA MALATTIA INSORTA

L'ASSICURATO E' PORTATORE DI POSTUMI DI PREGRESSE MALATTIE GRAVI E PERMANENTI O INVALIDANTI?

 SI

 NO

IN CASO AFFERMATIVO, SPECIFICARE PATOLOGIA ED INVALIDITÀ RICONOSCIUTA

ALLEGATI ALLA PRESENTE DENUNCIA:

CERTIFICATO MEDICO

CARTELLA CLINICA

ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, preso atto dell'informativa fornita ai sensi del Codice della Privacy,

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi possono rientrare nel novero dei

dati "sensibili", idonei a rilevare lo stato di salute e acconsente del pari alla comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente.

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

NOMINATIVO

FIRMA DEL RICHIEDENTE