

## Programmi Vita

### DENUNCIA DI SINISTRO

In sede di prima denuncia di sinistro, al presente modulo vanno allegati i documenti elencati nell'apposito articolo delle condizioni di assicurazione (art. 10 per Assicurazione Caso Morte; art. 11 per Assicurazione Caso Morte ed Invalidità

Permanente, ed art.9 per LTC), da parte dell'Assicurato, oppure dai Beneficiari, a seconda della casistica. La Società potrà richiedere ulteriore eventuale documentazione, in base alla natura ed alle modalità del sinistro.

#### DATI ASSICURATO

NOMINATIVO ASSICURATO		DATA DEL SINISTRO	
DESCRIZIONE SINISTRO	<input type="checkbox"/> DECESSO	<input type="checkbox"/> INVALIDITÀ	<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENZA
NOMINATIVO CONTRAENTE		N. POLIZZA	

#### DATI BENEFICIARI SOLO IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

1 - NOMINATIVO		C.F.	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	RECAPITO TELEFONICO
2 - NOMINATIVO		C.F.	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROV.	RECAPITO TELEFONICO

#### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL CAPITALE ASSICURATO

La liquidazione del capitale assicurato sarà effettuata a mezzo bonifico diretto utilizzando le seguenti coordinate:

BANCA	
C/C INTESTATO A	C.F.
IBAN	

Il sottoscritto prende atto che l'indicazione delle coordinate bancarie sopra riportate va intesa anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1182, 3° comma, c.c. Il pagamento dell'importo derivante dalla liquidazione della polizza indicata, utilizzando le

suddette coordinate bancarie, avrà pertanto valore di offerta non formale ai sensi dell'art. 1220 c.c. Con il suddetto pagamento Vittoria Assicurazioni sarà completamente liberata da qualsiasi obbligazione derivante dalla polizza indicata.

DATA	BENEFICIARIO 1 - FIRMA O TIMBRO DELL'AZIENDA	BENEFICIARIO 2 - FIRMA O TIMBRO DELL'AZIENDA
------	--	--

#### 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