

# Modulo Denuncia Sinistri Centri Anziani di Roma Capitale

Contraente: Roma Capitale  
Società Cattolica di Assicurazione - Agenzia 0440 Parma Santa Brigida

## Dati del Centro Anziani di riferimento:

Denominazione: \_\_\_\_\_ | Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ | Comune: \_\_\_\_\_ | Prov.: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ | Mail: \_\_\_\_\_

Il Centro Anziani è associato ad ANCeSCAO?  Sì  No

## Dati dell'iscritto:

Cognome: \_\_\_\_\_ | Nome: \_\_\_\_\_ | Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ | Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ | Comune: \_\_\_\_\_

Prov.: \_\_\_\_\_ | CAP: \_\_\_\_\_ | Telefono: \_\_\_\_\_ | Cellulare: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ | IBAN: \_\_\_\_\_

**N.B.:** è obbligatorio fornire, in fase di apertura del sinistro, il codice IBAN sul quale poter effettuare la liquidazione del danno. Per poter aprire un sinistro infortuni è obbligatorio allegare sempre certificazione del Pronto Soccorso.

**TIPOLOGIA DI SINISTRO:**

\*barrare la casella interessata.

**INFORTUNI**

**RESP. CIVILE**

Data accadimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Ora accadimento: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Luogo accadimento: \_\_\_\_\_

Descrizione dettagliata dell'avvenimento e delle cause che lo hanno provocato, citando eventuali testimoni e le loro generalità: \_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

I sottoscritti dichiarano che le informazioni che precedono sono conformi al vero e ne assumono la piena responsabilità.

Data di compilazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'iscritto: \_\_\_\_\_

Firma del Presidente del Centro Anziani: \_\_\_\_\_