

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: _____