

## MODULO DI DENUNCIA SINITRI SANITARIA/MALATTIA

**IMPORTANTE** la denuncia di sinistro deve essere inviata a mezzo posta e/o via fax a :  
**STUDIO MANGANO ASSICURAZIONI E FINANZA s.r.l. - PIAZZA BOLOGNA, 49 - FAX 06/44292230 (r.a.)**  
 e-mail: [assicurafederagenti@studiomangano.it](mailto:assicurafederagenti@studiomangano.it)  
 Per informazioni: 06/44291193 dal lunedì al venerdì dalle 15:00 alle 18:00

**ALLEGARE AL PRESENTE MODULO COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE IN SUO POSSESSO AL MOMENTO DEL SINISTRO**

N° POLIZZA \_\_\_\_\_

## ASSICURATO

Assicurato (Cognome e Nome) _____	
Codice Fiscale: _____	
Indirizzo: Via _____	N° _____
C.A.P. _____	Città _____ Prov. _____
E-Mail _____	@ _____
Tel: _____	Cellulare _____

**Descrizione analitica dell'evento (indicare data, ora e luogo dell'evento)**

---



---



---



---



---



---



---

## COORDINATE BANCARIE PER RIMBORSO SINISTRO:

IBAN \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

*Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")*

*Con riferimento ai dati sensibili già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro dallo Studio Mangano Assicurazioni e Finanza s.r.l. dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'Art. 13 della Legge e do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione sindacale e della società di assicurazione e resi pubblici solo in modo aggregato.*

data \_\_\_\_\_

firma leggibile \_\_\_\_\_