

- **Il modulo denuncia sinistro da infortunio dovrà essere inviato per raccomandata A.R. a:**

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.P.A.

UFFICIO LIQUIDAZIONI

VIA ENRICO FORLANINI 24

31022 PREGANZIOL (TV) LOC. BORGO VERDE

- **e tramite email all'indirizzo:** servizi@aletheiaservizi.it

MODULO DENUNCIA DI SINISTRO DA INFORTUNIO

IL PRESENTE MODULO DOVRÀ PERVENIRE, UNITAMENTE AL CERTIFICATO MEDICO EQUIVALENTE AL REFERTO DEL PRONTO SOCCORSO, A:
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.P.A.
UFFICIO LIQUIDAZIONI
VIA ENRICO FORLANINI 24
31022 PREGANZIOL (TV) LOC. BORGO VERDE

NUMERO POLIZZA: 0031011697

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____
Indirizzo _____
Azienda di appartenenza _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE INFORTUNATO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

DESCRIZIONE DEL SINISTRO

Infortunio avvenuto alle ore _____ del giorno _____
Nel luogo _____
Conseguenze lesive dell'infortunio: _____

Luogo di cura _____
E' stato consigliato intervento chirurgico? _____
Descrizione dell'infotunio (cause, modalità e conseguenze immediate) _____

Data compilazione: _____ **Firma del Titolare della copertura** _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

