



# GENERALI

## Assicurazioni Generali

**Modulo di denuncia sinistro (da compilarsi per ogni evento)**

**Polizza "Rimborso Spese Sanitarie" ad adesione volontaria n. 263669401 Assicurazioni Generali S.p.A.**

- Per il nucleo familiare del personale del C.N.V.V.F. e del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento
- Per il dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare
- Per il pensionato del C.N.V.V.F., del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento, dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile e proprio nucleo familiare

**Titolare**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo (casa) \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

| Comando di appartenenza | Qualifica |
|-------------------------|-----------|
|-------------------------|-----------|

Dipendente del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento dal

Dipendente dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal

**Pensionato del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco o del Corpo Provinciale dei Vigili del Fuoco di Trento o dell'Amministrazione Civile dell'Interno c/o il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile dal**

**Componente del nucleo familiare che presenta la denuncia di sinistro**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie in formato IBAN**

**Banca** \_\_\_\_\_ **Intestatario** \_\_\_\_\_

[illegible]**Evento cui si riferisce il sinistro**

| Infortunio | Malattia | Parto | Accertamenti diagnostici / Visite specialistiche |
|------------|----------|-------|--|
|------------|----------|-------|--|

**Ricovero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ N° ticket allegati \_\_\_\_\_**

N° fatture allegate \_\_\_\_\_

**La richiesta di rimborso va presentata non oltre 2 anni dalla data dell'evento. Qualora tale termine stesse per scadere, vi suggeriamo, per non perdere il diritto all'indennizzo, di inoltrare la documentazione a mezzo raccomandata a.r. Trascorsi due anni, il diritto alla richiesta di rimborso si prescrive (art. 2952 Codice Civile).**

**Il presente modulo, compilato e sottoscritto fronte e retro anche per la "Privacy"\*, deve essere restituito alla Taverna S.r.l. - Ufficio dedicato VV.F. - Piazza della Vittoria 9 - 16121 Genova - Tel. 010.5725.1**

**Data** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\* sul retro Modello "Privacy" (D. Lgs. 30/06/2003 n. 196) da compilare e sottoscrivere obbligatoriamente dall'assicurato e da ogni componente il suo nucleo familiare (firma del genitore in caso di minore).