

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO DI DENUNCIA SINISTRO PER  
INFORTUNI PROFESSIONALI, EXTRAPROFESSIONALI ED INVALIDITA'  
PERMANENTE DA MALATTIA**

Per la denuncia di sinistro sarà necessario compilare il modulo allegato ed inviarlo al seguente indirizzo:

AF solution srl  
Via Marco Greppi, 8  
20135 Milano

L'invio del modulo di denuncia sinistri deve avvenire:

- Preferibilmente entro 30 gg. dalla di accadimento del sinistro
- Con spedizione postale ( si suggerisce raccomandata con ricevuta di ritorno)
- Corredato dagli eventuali allegati originali dei giustificati da rimborsare (suggeriamo di conservarne fotocopia) e fotocopia dei certificati medici relativi

**AF solution s.r.l.**

Via Marco Greppi, 8 – 20135 Milano

Office: +39 02 6700351

Fax: +39 02 56561640

**Modello Denuncia Sinistro per Infortuni professionali, extraprofessionali  
ed invalidità permanente da malattia**

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Inquadramento prof. \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Richiedo in qualità di dipendente della Banca Valsabbina \_\_\_\_\_, l'apertura del sinistro a seguito di quanto specificato:

Tipologia: ☐ professionale ☐ extraprofessionale ☐ invalidità permanente da malattia

data infortunio \_\_\_\_\_ avvenuto a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**1. Breve descrizione dell'infortunio**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Coinvolge la responsabilità di terzi**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ documento id. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

domicilio \_\_\_\_\_

eventuali testimoni (Indicare generalità) \_\_\_\_\_

**2. 1 e' occorso a bordo di veicoli o natanti ed al tale riguardo preciso:**

o targa dell'automezzo o dati del natante: \_\_\_\_\_

o generalità ed estremi patente del conducente: \_\_\_\_\_

o estremi della relativa polizza di responsabilità civile: \_\_\_\_\_

**3. Lesioni**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Documentazione Allegata**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Acconsento, presa visione dell'informativa, ai sensi degli artt. 23, 26, 42, 43 del D.lgs 196/1993:**

- al trattamento dei dati personali comuni e sensibili che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale integrativa;
- alla comunicazione degli stessi alle categorie di soggetti indicate al punto 4) della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 2) della medesima informativa;
- alla comunicazione degli stessi a terzi per la fornitura dei servizi informatici o di servizi di archiviazione;

Data,

FIRMA