

MODULO DENUNCIA INFORTUNIO

Vittoria Assicurazioni S.p.A.
Aspevi Roma - Ag. F51
Via Boncompagni, 16
00187 Roma (RM)
email: ag_f51.01@agentivittoria.it
PEC: ag_f51.01@pec.agentivittoria.it

P.C.
Alla Presidenza Nazionale
dell'Associazione Nazionale Carabinieri
e alla sez. regionale di appartenenza

INFORTUNATO

nome e cognome:
indirizzo del domicilio:
città: CAP: telefono:.....
data e luogo di nascita:
qualifica e mansione:
(es.pensionato).....
indirizzo e-mail :
.....

SINISTRO/INCIDENTE/INFORTUNIO/DECESSO

data: orario: località/sede/impianto:.....
.....
.....
data dei primi soccorsi e/o la prima visita medica:
presidio sanitario che ha prestato i primi soccorsi e/o la prima visita medica:
.....
presidio e data di constatazione del decesso:

EVENTUALI TESTIMONI DELL'INCIDENTE/INFORTUNIO

nome, cognome:
indirizzo del domicilio:
telefono domicilio:

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO E DELLE CIRCOSTANZE IN CUI SI E' VERIFICATO (tipo di lavoro, mezzi di lavoro, dinamica, ecc.)

.....
.....
.....
.....

P.C.
Alla Presidenza Nazionale
dell'Associazione Nazionale Carabinieri
email: benessere@assocarabinieri.it
e alla sez. regionale di appartenenza

LESIONI RIPORTATE NELL'INFORTUNIO (fornire cartella clinica e/o ogni altro documentazione medica se disponibile)

.....
.....
.....

CONTROPARTE (per INFORTUNI provocati dalla circolazione stradale)

conducente

cognome, nome:

domicilio: telefono:

residenza:

proprietario

cognome, nome:

domicilio: telefono:

residenza:

tipo di veicolo: targa:

compagnia di assicurazione:

n. di polizza:

DATA di compilazione

FIRMA del compilatore

Allegati:

Certificato di pronto soccorso (o certificato di decesso) o altra idonea documentazione medica.