MODULO PER LA DICHIARAZIONE EX ART. 142 C.d.A.

Con riferimento al sinistro accaduto il ___ / ___ / _____ in località _____
il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____
a _____, residente a (comune) _____
in via/piazza _____ n. _____ codice fiscale _____
professione _____

DICHIARA

☐ di **NON** avere diritto a prestazioni di parte di Istituti che gestiscono assicurazioni obbligatorie
☐ di avere diritto a prestazioni di parte di Istituti che gestiscono assicurazioni obbligatorie e precisamente da:

- ☐ INPS per l'indennità economica di malattia
- ☐ INPS per l'assegno d'invalidità o la pensione d'inabilità ai sensi della legge 222/84
- ☐ INPS per pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili ai sensi della legge 183/2010
- ☐ INAIL ai sensi del T.U. 1124/65 così come modificato da D.Lgs. 38/00
- ☐ Altro (specificare)

_____
_____
_____
_____

Contatti:
sinistri@prima.it
sinistri.prima@pec.it

Luogo e data _____

Firma _____

L'informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito https://www.prima.it.

Prima Assicurazioni S.p.A. • P.IVA 08879250960 • Piazzale Loreto 17, 20131 Milano (MI).
Prima è un'agenzia di sottoscrizione regolamentata dall'IVASS ed iscritta al RUI con numero A000511660