

Vi inoltro la presente:

Denuncia di Sinistro

Infortuni e Malattie

Spett.le Agenzia di _____
de _____

Da compilare a cura dell' Agenzia

Sinistro Numero _____ del _____

Contraente _____ Assicurato _____

Polizza (o copertura provvisoria) Numero _____ Agenzia _____

Generalità dell' Assicurato I
Cognome e nome _____ Data e luogo di nascita _____

Indirizzo _____ Telefono _____

Professione _____ Relazioni di parentela con il Contraente _____

Descrizioni del sinistro
Infortunio avvenuto il _____ giorno _____ mese _____ anno _____ alle ore _____ Località _____

Conseguenze lesive dell'infortunio

Malattia manifestatasi il _____ giorno _____ mese _____ anno _____

Diagnosi della malattia

Data e luogo delle prime cure _____ Attuale luogo di cura: _____

Previsione di intervento chirurgico: NO SI Eseguiti esami radiografici: NO SI

Descrizione circostanziata dell'infortunio (cause, modalità, e conseguenze immediate) o notizie sulla malattia

AUTORITA' INTERVENUTE, TESTIMONI:

Allegati (certificato medico, cartella clinica, ecc.)

Dichiarazioni Ricorso al servizio Sanitario Nazionale: NO SI

Altre assicurazioni Infortuni e/o Malattie:

Società _____ Somme Assicurate _____

IL CONTRAENTE / L'ASSICURATO

In _____ il _____

per ricevuta

l'AGENTE (timbro e firma)

data _____