

Da inoltrare via fax o mediante lettera raccomandata all'Intermediario alla quale è assegnata la Polizza.

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____ N° POLIZZA _____

DATI DELL'ASSICURATO (persona che ha subito l'Infortunio):

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Io Sottoscritto, Assicurato della Polizza in oggetto, in merito all'Infortunio avvenuto in data _____
luogo _____ denuncio nel dettaglio la dinamica dell'evento infortunistico:

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____

Pronto soccorso: SI se sì, allegare documentazione medica in originale della struttura sanitaria

NO

Denuncio eventuali precedenti infortuni:

Io Sottoscritto dichiaro che:

non esistono a mio nome altre polizze Infortuni;

esistono altre polizze Infortuni a mio nome; in tal caso, specificare:

COMPAGNIA ASSICURATRICE

N° POLIZZA

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____

