

Vi inoltra 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 Cognome e nome

Data e luogo di nascita

Indirizzo

Telefono

Professione

Relazioni di parentela con il Contraente

Descrizione 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

AUTORITÀ 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

L'infortunio o la malattia è stato denunciato all'INAIL il giorno:

IL CONTRAENTE/L'ASSICURATO

per ricevuta
l'AGENTE (timbro e firma)

lata

Vi inoltro la presente:

Denuncia di Sinistro

di Responsabilità Civile Generale
(escluso Auto)

Spett.le Agenzia di _____

de _____

Da compilare a cura dell'Agenzia

Sinistro Numero _____ del _____

Contraente _____ Assicurato _____

Polizza (o copertura provvisoria) Numero _____ Agenzia _____

Dati relativi al sinistro Sinistro del giorno mese anno ora _____ Località _____ Provincia _____

Generalità di chi ha causato il sinistro Cognome e nome _____ Data e luogo di nascita _____

Domicilio e/o recapito _____ Telefono _____

Rapporto con l'Assicurato _____ Mansioni _____

Descrizioni dei danni a Terzi Danneggiati: Cognome e nome _____ Età _____ Indirizzo _____ Professione _____

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Rapporti esistenti tra Assicurato e danneggiati:

Descrizione circostanziata dell'evento (cause, responsabilità e danni provocati):

Testimoni al fatto Cognome e nome _____ Indirizzo _____

Altri dati La Controparte ha avanzato richieste di risarcimento per importi pari a:

Data della prima richiesta di risarcimento: _____

Procedimento in corso Penale Civile _____

avanti _____

È stata aperta inchiesta amministrativa per violazione di norme antinfortunistiche presso:

Allego la seguente documentazione (ad esempio: avviso di garanzia, verbale A.S.L., ecc.)

IL CONTRAENTE/L'ASSICURATO

In _____ il _____

per ricevuta
l'AGENTE (timbro e firma)

data _____