



## DENUNCIA DI SINISTRO

CONTRAENTE			LUOGO AVVENIMENTO SINISTRO / UBICAZIONE RISCHIO
POLIZZA	DATA AVVENIMENTO	ORA	

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL FATTO

---



---



---

BENI DANNEGGIATI - LESIONI RIPORTATE - RICOVERI	
DESCRIZIONE ED EVENTUALE IMPORTO DEL DANNO	GENERALITÀ E INDIRIZZO INFORTUNATI O TERZI DANNEGGIATI
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

GENERALITÀ E INDIRIZZO TESTIMONI	PRIMI SOCCORRITORI E/O LUOGO DI PRESTAZIONE DELLE PRIME CURE
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

AUTORITÀ INTERESSATE AL SINISTRO (ALLEGARE COPIA DENUNCIA)

---

ALTRE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONI INTERESSATE AL SINISTRO

---

### INFORMAZIONI PARTICOLARI

DANNI A PERSONE	
Infortunio sul lavoro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Professione infortunato	<hr/>
Data di nascita infortunato	<hr/>
Precedenti infortuni o malattie?	<hr/>
Loro natura, durata e conseguenze	<hr/> <hr/>
Ente mutualistico	<hr/>
Si allega certificazione medica o ospedaliera	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si allega cartella clinica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DANNI AI BENI	
Esistono ipoteche sui beni danneggiati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Luogo in cui si trovano attualmente i beni danneggiati	<hr/>
Si allega richiesta del danneggiato	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ipotetico terzo responsabile	<hr/>
Sinistri precedenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SI DICHIARA CHE LE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA SONO COMPLETE E CONFORMI AL VERO

DATA \_\_\_\_\_ DENUNCIANTE \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

(A CURA DELL'AGENTE)

NUMERO SINISTRO  DATA  ALLEGATI

NOTE \_\_\_\_\_

DATA TRASMISSIONE ALL'ISPettorATO SINISTRI \_\_\_\_\_ FIRMA AGENTE \_\_\_\_\_