

# DENUNCIA DI DANNO SU POLIZZA INFORTUNI

QUESTA DENUNCIA DOVRA' ESSERE CORRELATA DA CERTIFICATO MEDICO  
DEL PRONTO SOCCORSO O DEL MEDICO CURANTE

COMPAGNIA \_\_\_\_\_

POLIZZA N° \_\_\_\_\_

CONTRAENTE \_\_\_\_\_

ASSICURATO \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SULLA PERSONA INFORTUNATA:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

TELEFONO, EMAIL \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SULLE CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO:

GIORNO, ORA E LOCALITA' IN CUI  
L'INFORTUNIO E' AVVENUTO \_\_\_\_\_

NOME E INDIRIZZO DI EVENTUALI  
TESTIMONI DELL'INFORTUNIO \_\_\_\_\_

OCCUPAZIONE CUI STAVA ATTENDENDO  
L'ASSICURATO QUANDO AVVENNE  
L'INFORTUNIO \_\_\_\_\_

LUOGO, MODALITA' E TEMPO IN CUI  
FURONO PRESTATE LE PRIME CURE \_\_\_\_\_

MEDICO CHE HA IN CURA L'ASSICURATO \_\_\_\_\_

NARRAZIONE CHIARA E CIRCOSTANZIATA DEL MODO IN CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO, CAUSE CHE LO HANNO PRODOTTO E SUE IMMEDIATE CONSEGUENZE:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_