

Denuncia di sinistro da infortunio.

Data evento:

Numero di polizza/Società Contraente

Cognome e Nome Assicurato

codice fiscale :

nato a :

indirizzo (residenza o domicilio)

indirizzo mail :

Recapito telefonico:

Descrizione evento :

Intervento Autorità :

Si allega la seguente documentazione medica:

-

-

-

Data

Firma