



**Denuncia di Sinistro**  
Infortuni e Malattie

Sinistro Numero \_\_\_\_\_

Agenzia Generale Numero \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

Assicurato \_\_\_\_\_

Polizza (o copertura provvisoria) Numero \_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_

Generaiità  
dell'Assicurato

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Grado di parentela con il Contraente \_\_\_\_\_

Descrizione  
del sinistro

Infortunio avvenuto il giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Conseguenze lesive dell'infortunio \_\_\_\_\_

Malattia manifestatasi il giorno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

Diagnosi della malattia \_\_\_\_\_

Dove si trova in cura? \_\_\_\_\_

È stato consigliato l'intervento chirurgico  NO  SI da chi? \_\_\_\_\_

Narrazione circostanziate dell'infortunio (cause, modalità e conseguenze immediate) o notizie sulle Malattie

Dichiarazioni

Ha fatto ricorso al Servizio Sanitario Nazionale?  NO  SI

Ha altre assicurazioni infortuni e/o Malattie?  NO  SI specificare \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_

Somme assicurate \_\_\_\_\_

È stato denunciato l'infortunio e/o l'inattività all'INAIL?  NO  SI

IL CONTRAENTE / L'ASSICURATO

In \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_