

DENUNCIA DI SINISTRO ALLA PERSONA

COMPAGNIA _____ N. POLIZZA _____ INTESTATA A _____

- INFORTUNI (allegare documentazione medica)**
- RICOVERO OSPEDALIERO (allegare Scheda Dimissione Ospedaliera o Cartella Clinica)**
- RIMBORSO SPESE MEDICHE (allegare prescrizione medica e fatture)**

Data di avvenimento: ___/___/___

Descrizione del tipo di danno patito e modalità di accadimento:

IBAN: _____

Si allega:

L'ASSICURATO
