

## 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

---