

DENUNCIA DI SINISTRO MALATTIA

← da compilarsi a cura dell'U.L.D. →
PREVENTIVO

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|----------------|----------------------------|--|---------------------|-----------|----------------------------|--|-------------------------------|-------|
| AGENZIA TITOLARE DELLA POLIZZA | | | UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI | | | Codice | | | | |
| Comp. | Ramo di ordinamento | Codice Agenzia | Progressivo polizza | Garanzia Sinistro | Numero del Sinistro | Esercizio | Data del Sinistro | Coassicurazione Delega Ns. Società | | |
| 3 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> SI = 023 <input type="checkbox"/> NO = 000 | | |
| CONTRAENTE/ASSICURATO | | | | CODICE FISCALE E P. IVA | | | RIPARTO DI COASSICURAZIONE | | | |
| INDIRIZZO/DOMICILIO | | | | PROV. | | CAP. | | CODICE | COMPAGNIA | QUOTA |
| | | | | | | | | | ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. | |
| PREMIO SCADUTO IL | | PAGATO IL | | DI L. | | | | | | |
| EFFETTO DELLA POLIZZA | | | | FRAZIONAMENTO | | | | | | |
| È PREVISTA RIVALSA A NOSTRO FAVORE? | | | | FRANCHIGIA O LIMITI DI INDENNIZZO | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| OGGETTO DELLA GARANZIA | | | | SPESE DOMICIL. O AMBULATOR. | | | | | | |
| RIMB. OP. CHIRURGICHE | | | | DIARIA MALATTIA: | | | | | | |
| RETTE DEGENZA: | | | | | | | | | | |

NOTE

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

1. Cognome e nome, data di nascita, domicilio 1.
2. Professione 2.
3. Assicurazione contro le malattie e gli infortuni che coprono attualmente l'Assicurato, sia in base a leggi, sia in base a polizze da lui stipulate: da quali Società l'Assicurazione è prestata? Per quali somme? 3.
4. Malattie ed infortuni precedentemente sofferti. Quando e con quali conseguenze? 4.
5. In quale giorno è avvenuto l'infortunio o si sono manifestati i primi sintomi della malattia? Quali furono? 5.
6. In quale giorno l'Assicurato ha interrotto la propria attività lavorativa? Lo ha fatto spontaneamente o per prescrizione del medico? Quando ha chiamato il medico? 6.
7. Ha fatto per qualche tempo ricorso a rimedi empirici prima di sottoporsi alla cura medica? 7.
8. In caso di infortunio esiste responsabilità di terzi nell'evento denunciato? 8.

N.B. ALLEGARE CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CHE HA PRESTATO LE PRIME CURE.

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle domande che precedono in modo completo e conforme al vero, assumendo la responsabilità di quanto dichiarato.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

..... li,

La presente denuncia è pervenuta all'Agenzia il ed è stata consegnata al Liquidatore il

L'Agente *Dei* che con la presente firma, attesta altresì l'esattezza dei dati di cui identificazione è demandata all'Agenzia.

COPIA PER IL LIQUIDATORE

da compilarsi a cura dell'Agenzia

da compilarsi a cura dell'Assicurato

Mod. 31007 - 10/96 - 10.000 - (48)