

Spett.le Agenzia di _____

Della _____

Vi inoltro la presente:

DENUNCIA DI SINISTRO

infortunio

Contraente Assicurato

Polizza Agenzia

Dati relativi Sinistro del giorno mese anno Località Provincia
Al sinistro

Descrizione dell'evento

Attuale professione

Prime cure data luogo **vi è stato ricovero** si no

Esami Radiografici si no in che data **Medico Curante**

L'infortunio comporterà assenza dal lavoro si no **Assicurato presso INAIL** si no

E' assicurato presso altre Società assicuratrici si no **Se si Quali**

NB: Allegare sempre certificati medici della diagnosi, lesioni, e periodo di inabilità al lavoro.

Data _____

Firma _____