

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

(DA INVIARE AL PIÙ PRESTO REDATTA IN MODO COMPLETO)

ALL'AGENZIA PRINCIPALE DI

PARMA

RISERVATO AGENZIA	RAMO	N. DANNO	ESERCIZIO	CODICE AGENZIA	DENUNCIA PERVENUTA IN AGENZIA IL
	05				

UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI INCARICATO: _____ Via _____ Tel. _____

Oggetto: sinistro a polizza infortuni n. 2021/05/2973124
 Contraente/Socio: (cognome e nome) CNS LIBERTAS APS
 Indirizzo: VIA PD, 22 - 00198 ROMA
 Infortunato: (cognome, nome, data e luogo di nascita) _____
 Indirizzo: _____ Professione: _____
 Data del sinistro: _____ ora: _____ Luogo del sinistro (Comune, Provincia, Località) _____
 A quale attività stava attendendo l'infortunato all'atto del sinistro?: _____
 Come avvenne l'infortunio?: _____
 Lesioni subite: _____
 Testimoni: (cognome, nome, indirizzo) _____
 Da chi, dove e quando furono prestate le prime cure?: _____
 Dov'è attualmente degente l'infortunato?: _____
 È assicurato contro gli infortuni presso altre Compagnie? Quali?: _____
 Ha subito altri infortuni? Quando? È residua invalidità permanente?: _____

Il _____ 20 _____ Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero. L'INFORTUNATO (o chi per esso) _____

Eventuali note: _____

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE

In che data sono state prestate le prime cure? Quali?: _____
 Quali sono le lesioni riscontrate?: (Indicare la natura, la sede, l'estensione) _____
 L'infortunato era affetto da infermità, malformazioni o lesioni pregresse o congenite? Quali?: _____

PROGNOSI

L'infortunato deve rimanere a riposo **totale** per gg. _____ dal _____; a riposo **parziale** per gg. _____ dal _____
 Può residuare invalidità permanente: _____
 Il _____ 20 _____ IL MEDICO CURANTE: Firma (leggibile) _____
 Indirizzo _____

COPIA PER IL SOCIO

