

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 PO, 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 _____ li _____ 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 _____ li _____ 20 _____ IL MEDICO CURANTE: Firma (leggibile) _____

Indirizzo _____

COPIA PER IL SOCIO

