

DENUNCIA DI INFORTUNIO O MALATTIA

Dichiarazioni dell'assicurato sinistri, infortunio o malattia

Da inviare entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 C.C.)

Cognome dell'infortunato/ammalato _____

Nome _____

Paternità e/o Maternità (se minore) _____

Data e luogo di nascita _____

Domicilio: Via _____ n° _____ CAP _____
città _____ provincia _____

Hai assicurazioni in corso contro infortuni o malattia presso altre società _____ si no
se hai risposto affermativamente per quali capitali: 1) _____ € 2) _____ €

Ci sono stati infortuni precedenti: epoca, natura e conseguenze del trauma

Indennità precedentemente ottenute da altre società _____

Giorno, ora e luogo dell'infortunio _____

Il sinistro è avvenuto durante l'orario lavorativo? _____ si no

In caso affermativo, è stato denunciato all'INPS/INAIL? _____ si no

Generalità e indirizzi delle persone presenti all'infortunio o giunte per prime sul luogo dopo l'infortunio

Occupazione a cui si stava dedicando l'infortunato quando è accaduto il sinistro

Nome ed indirizzo della persona che ha prestato le prime cure

Luogo e tempo in cui sono stati prestati i soccorsi (in caso di ricovero in ospedale o clinica)

Nome ed indirizzo del medico che ha in cura l'infortunato/malato

Narrazione chiara e dettagliata delle modalità dell'infortunio o delle cause della malattia e delle loro immediate conseguenze

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo scrupolosamente completo e veritiero e si fa garante dell'esattezza delle informazioni date.

_____ lì, __/__/_____ Firma dell'infortunato o dell'avente causa _____