

Ramo Infortuni

Polizza N. Intermediario **Montani Marco Ag. Fermo** cod **APE**

PERSONA DANNEGGIATA

- Cognome e nome..... Professione.....
C.F. Telefono.....
Residenza.....
- Ai sensi dell'art. 1910 C.C.: l'Assicurato ha presentato denuncia per lo stesso evento anche ad altri assicuratori? Sì No Compagnia..... n. polizza.....
- Infortuni precedentemente sofferti:
Carattere della lesione.....
Sede anatomica..... anno.....

CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

- Giorno..... ora..... località dell'infortunio.....
Pv
- Nomi dei testimoni dell'infortunio / persone che videro per prime l'Assicurato dopo l'infortunio:
- L'infortunio è avvenuto durante la pratica di attività sportiva? Sì No Quale?
- Svolta sotto l'egida della competente Federazione? Sì No Quale?
- L'Assicurato è tesserato con qualche Federazione Sportiva? Sì No Quale?
- In caso di sinistro avvenuto a bordo di veicoli a motore o natanti:
 - a) Tipologia veicolo..... n. Targa
 - b) Altro veicolo coinvolto nel sinistro Sì No n. Targa
 - c) È intervenuta la competente Autorità? Sì No Quale?

d) Sono state commesse infrazioni al Codice della Strada? Sì No Quali?

e) Iscritto a gara / competizione sportiva Sì No Quale?

• Persona che prestò le prime cure

luogo giorno ora

• Medico che ha in cura l'Assicurato, Dottor telefono.....

• **Descrizione dettagliata dell'infortunio**, delle cause che lo hanno prodotto e delle sue immediate conseguenze.

.....
.....
.....

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

Coordinate bancarie in caso di sinistro indennizzabile:

Bonifico bancario

C/c intestato a:.....della banca.....

Coordinate in formato IBAN IT | | | | | | |

(Nel momento in cui ci siano delle variazioni, l'Assicurato si impegna a comunicare tempestivamente le nuove coordinate bancarie).

Data.....

IL DENUNCIANTE

.....