

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 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 MEDICO CURANTE: Firma (leggibile)

Indirizzo

COPIA PER IL SOCIO



SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI

VIA CORTE D'APPELLO 11 - TORINO - FONDATA NEL 1828 - REGISTRO SOCIETÀ N. 117/1883-151 V3/21 FASC. - TRIBUNALE TORINO
IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI A NORMA DELL'ART. 65 DEL R.D.L. 29/4/1923, n. 966
C.C.I.A.A. TORINO N. 9806 - CODICE FISCALE: N. PARTITA I.V.A. 00875360018

3 consulbrokers



DENUNCIA DI SINISTRO R.C. GENERALE

ALL'AGENZIA PRINCIPALE DI ➡

PARMA

RISERVATO AGENZIA	RAMO SIN.	N. SINISTRO	ESERCIZIO	CODICE AGENZIA	DENUNCIA PERVENUTA IN AGENZIA IL
	03				
UFFICIO LIQUIDAZIONE DANNI INCARICATO:			Via	Tel.	

Dati della Polizza: Ramo.....n. 2021/03/244 8719
Assicurato: (cognome e nome) CNS LIBERTAS APS
Indirizzo: VIA PO, 22 - 00198 ROMA Tel. 068860527
Eventuali polizze altrui interessate all'evento: /

Data del sinistro: ora
Luogo del sinistro:
Descrizione del sinistro:

L'Assicurato ritiene responsabile se stesso o i propri dipendenti?
Persona che è stata autore materiale del danno: (cognome e nome)
Suo rapporto con l'Assicurato:
Testimoni: (cognome e nome) Indirizzo
Autorità intervenute:
Eventuali rapporti familiari o professionali tra Assicurato e danneggiati:

DANNI A PERSONE

Cognome, nome	Età	Indirizzo	Lesioni riportate

DANNI A COSE DI TERZI

FIRMA DELL'ASSICURATO