

Avviso di sinistro infortuni individuale

| | |
|---|--|
| Polizza n. | |
| Compagnia assicurativa | |
| 1. Contraente | |
| Cognome, nome/azienda | |
| Via | |
| NPA, luogo | |
| Telefono | |
| Indirizzo e-mail | |
| È assoggettato/-a al pagamento dell'IVA? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> conteggio forfettario |
| N. IVA | |
| 2. Dinamica dell'infortunio | |
| Quando è avvenuto l'infortunio? (indicare giorno e ora) | |
| Luogo dell'infortunio | |
| Descrizione esatta della dinamica dell'infortunio | |
| Tipo di lesione | |
| Testimoni | |
| È stato redatto un rapporto di polizia? | |
| 3. Ulteriori assicurazioni | |
| Esistono altre assicurazioni per il caso notificato? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicare la compagnia e il n. di polizza | |
| Sono assicurate le spese di cura? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| 4. Versamento | |
| Cognome, nome, indirizzo | |
| N. del conto postale o bancario | |
| Banca/filiale | |
| 5. Firma | |
| Luogo, data | |
| Firma | |

Il/la sottoscritto/-a autorizza la società a richiedere ad altri assicuratori o a terzi informazioni concernenti il sinistro e a prendere visione di tutti gli atti ufficiali e giudiziari in relazione al sinistro. Inoltre il/la sottoscritto/-a autorizza i medici e i terzi interpellati dalla società a fornire alla stessa o al suo servizio medico tutte le informazioni richieste in relazione al sinistro. Il/la sottoscritto/-a consente che la società trasmetta, nella misura necessaria, ad altri assicuratori, più precisamente ai coassicuratori in Svizzera e all'estero, dati inerenti al sinistro. La compagnia di assicurazioni non è vincolata ad eventuali dichiarazioni di responsabilità rilasciate dal contraente.

Testo aggiuntivo:

Inviare

Stampare

