

Polizza n. 26527

**SAM-GILDA, ASSPEI, ANPA** – Sede Nazionale

Corso Italia, 21

34122 TRIESTE

Tel. 040.7604534 - Fax 040.9835112

MODULO PER INOLTRO DENUNCIA SINISTRO ALLA SEDE NAZIONALE SAM-GILDA TRAMITE LA SEDE PROVINCIALE SAM-GILDA, ASSPEI, ANPA DI ………………………………

(Apporre una crocetta sulla voce che interessa)

* Infortunio ⁭
* Responsabilità Civile ⁭

Data del sinistro …………………… Ora del sinistro …………………… Località

Nominativo Assicurato

Indirizzo

Località Provincia …………………………. CAP

\* Telefono Fax

\* E-Mail

*\* Dati obbligatori*

**PER INFORTUNIO:**

A quale attività stava attendendo l’infortunato all’atto del sinistro?

Ricovero dal ……………………………………

**PER RESPONSABILITA’ CIVILE:**

A quale attività stava attendendo quando si è verificato il danno?

Descrizione del fatto

Testimoni presenti all’accaduto

Lesioni subite

Da chi furono prestate le prime cure?

Dove è attualmente degente l’infortunato?

Ha subito altri infortuni? …………… Quando?

É residuata una Invalidità Permanente?

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero

Data ……………………………………. Firma dell’Assicurato

**Documentazione da inviare successivamente per la liquidazione del sinistro**

Certificazione Medica in originale

Prescrizione Medica in originale

Copia conforme all’originale della Cartella Clinica

Certificato medico di avvenuta guarigione

Orario delle lezioni per danno in Itinere (Autocertificazione)

Eventuale altra documentazione medica (Certificato pronto soccorso, ecc….)