

## Assicurazione d'infortunio individuale

Dichiarazione di sinistro

N° polizza

### Prenditore d'assicurazione

Nome/cognome		Data di nascita	Stato civile	
Via		Conto postale o bancario n°		
NPA/luogo		Banca/filiale di		
Tel. privato	cellulare	Sottoposto all'IVA	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Tel. ufficio	cellulare	N° IVA		
Fax	E-Mail			

### Persona ferita

Nome/cognome		Nome e indirizzo del medico	
Data di nascita	Stato civile	<input type="text" value="(lasciare vuoto)"/>	
Professione		È subentrata un'incapacità lavorativa?	
Via		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
NPA/luogo		Da quando? <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> parziale	
Tel. privato	cellulare	Durata presumibile?	
Conto postale o bancario n°		Esistono altre assicurazioni p. es. assicurazioni	
Banca/filiale di		responsabilità civile? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Lesioni		Dove?	
		N° polizza	
		Sono assicurate le spese di cura? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	

### In caso di incidenti della circolazione

Nomi e indirizzi dei detentori di biciclette o veicoli a motore coinvolti		Società d'assicurazione della loro responsabilità civile	
a)			
b)		<input type="text" value="(lasciare vuoto a)"/>	<input type="text" value="(lasciare vuoto b)"/>

### Descrizione dell'infortunio

Data	Ora (0-24)	Ebbe luogo un'inchiesta ufficiale?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Luogo		Da parte di chi?		
Inizio della cura medica ospedalizza				

### Descrizione del sinistro (da riempire anche qualora sia stato stilato un rapporto di polizza)

---



---



---



---

L'assicurato non può riconoscere pretese di risarcimento, senza la preventiva autorizzazione della Società. Il sottoscritto autorizza l'assicurazione a prendere visione degli atti ufficiali, degli atti medici nonché degli atti LAINF o LAMAL. Oltre a ciò, l'assicurato si dichiara d'accordo che la Compagnia possa mettere a disposizione dati utili alla trattazione del caso a terzi, in special modo ad assicuratori coinvolti e che possa pure richiedere informazioni necessarie da quest'ultimi.

Luogo e data

Firma del prenditore d'assicurazione

---



---