**MODULO DI DENUNCIA – INFORTUNI**

( INVIARE VIA FAX ALLO 0715029031 O VIA MAIL ALL’INDIRIZZO SINISTRI@CAPOGROSSI.COM )

**Contraente** …………………….……………………………….**Polizza** …………………….………………………

**Sinistro del** ……………………………**ora**….…**Accaduto a**…….……………….…………………………….

**Via** ………………………………………..…...**nr**………**cap** ………..……**Tel.**…………………………..…………

**Il sottoscritto dichiara che a seguito di** : .……………………………..………..………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Dati Assicurato : Nome** ………………………………**Cognome**……….……………………….….……….

**Residenza** ……………………………………….**Via**..………………………………………………………………….

**Cap**…………………………**Tel.**…………………………………………**C.F**……………..……………………………..

**Note** ………..………………………………………………………………………………………………………………..

….…………………………….…………………………………………………………………………………………………

**Iban:** ………………………………………………………………………………………………………………………….

**In Fede**  **Firma assicurato** …………………………………………………………………..

**Data Ricevimento** ……………………………………**Firma ricevente**……………………………….………

***Per la gestione corretta della pratica è necessario fornire la seguente documentazione / materiale :***

* ***Certificato del pronto soccorso o di un medico che ha constatato nell’immediatezza dell’evento l’infortunio subito;***
* ***Eventuale certificazione successiva ;***
* ***Eventuali fatture/ricevute in originale delle spese sostenute con l’impegnativa giustificativa del medico;***
* ***Referti di ogni esame strumentale eseguito.***

***Ulteriore documentazione potrà essere richiesta in base alla garanzia interessata dal sinistro***