

Spett.le **PBAI S.r.l.**
C.so Garibaldi, 2
87012 Castrovillari (CS)

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI

Contraente			
Compagnia		Agenzia	
polizza n°		scadenza rata	
Sinistro del		ore	
Località			
Identificazione assicurato	Cognome e nome		
	Nato a il		
	Indirizzo		
Rapporto con il Contraente			
Attività al momento del fatto			
Descrizione del fatto			
Testimoni presenti al fatto			
Diagnosi			
Prognosi			
Ricovero struttura sanitaria			
Autorità intervenute			
Provvedimenti adottati			
Denuncia all'Autorità note/osservazioni			

Si allega copia del primo certificato medico.

in _____ il _____

Il Denunciante
