

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI



FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA



Assicurazioni

LI _____

RACCOMANDATA A.R. anticipata via mail a **sinistri@fpasrl.com**

**Spettabile
GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.
Agenzia FPA srl
Via Vitellia 63
00152 Roma (sinistri@fpasrl.com)**

N° POLIZZA 298/07/3400 CONTRAENTE: FIDAL - Federazione Italiana Atletica Leggera

PERSONA ASSICURATA (*):

INDIRIZZO TEL.

NATO IL A PROFESSIONE

(*) INDICARE CON PRECISIONE LE GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE HA SUBITO L'INFORTUNIO

NOTIZIE SUL SINISTRO

IL SINISTRO È AVVENUTO IL ORE IN LOCALITÀ

CON LE SEGUENTI MODALITÀ:

OCCUPAZIONI CHE STAVA SVOLGENDO L'ASSICURATO AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO :

IL SINISTRO HA COMPORTATO: (BARRARE CON "X" IL CASO CHE INTERESSA)

CURE AMBULATORIALI PRONTO SOCCORSO RICOVERO OSPEDALIERO INGESSATURA INTERVENTO CHIRURGICO ALTRO

(IN CASO DI RICOVERO, INDICARE DENOMINAZIONE E UBICAZIONE DELL'ISTITUTO DI CURA)

L'ASSICURATO HA IN CORSO ATTUALMENTE ALTRE POLIZZE CONTRO GLI INFORTUNI? NO SI
CON QUALI SOCIETÀ?

L'ASSICURATO HA SUBITO IN PASSATO ALTRI INFORTUNI? NO SI

CON QUALI E IN QUALE SEDE ANATOMICA?

L'ASSICURATO HA PERCEPITO IN PASSATO O DEVE PERCEPIRE INDENNITÀ PER INFORTUNI? NO SI
DA QUALE SOCIETÀ?

DICHIARO CHE TUTTO QUANTO PRECEDE È VERITIERO.

**FIRMA DELL'ASSICURATO
(O DI CHI NE ESERCITA LA POTESTÀ IN CASO DI MINORE)**

DOCUMENTAZIONE:

• **DA ALLEGARE:** CERTIFICATO MEDICO DELLE PRIME CURE (CONTENENTE ANCHE DIAGNOSI E PROGNOSE).

• **DA FAR SEGUIRE:** ULTERIORI CERTIFICATI MEDICI SUL DECORSO DELLE LESIONI; CARTELLA CLINICA COMPLETA IN CASO DI RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO.

MITTENTE:

COGNOME

NOME

VIA N°

C.A.P. CITTÀ

PROV. TELEFONO /