CARIGE ASSICURAZIONI
GRUPPO BANCA CARIGE

Società per Azioni

Sede legale e Direzione Generale: Italia
V.le Certosa, 222 - 20156 MILANO
Tel. 02.3076.1 - Telefax 02.3086125

Fondata nel 1963
Cap. Soc. € 148.085.600,00 interamente versato
Cod. Fisc. e numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Milano: 01677750158
Partita IVA 01677750158 - R.E.A. 624493
Impresa autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93)

DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI - MALATTIA - INFORTUNI AUTO

COD. COMP.	COD. AGENZIA	AGENZIA	ESERCIZIO	NUMERO SINISTRO	RAMO POLIZZA	SOTT.	NUMERO POLIZZA

DATA SINISTRO			ORA	DATA DENUNCIA			DATA PERVENIMENTO			CONTRAENTE (cognome e nome)
G	M	A		G	M	A	G	M	A	

INDIRIZZO	TELEFONO

RISERVATO AL C.L.S.

MEDICO INCARICATO	DATA	ACCERTATORE INCARICATO	DATA	TIPO SINISTRO
				INFORTUNIO / MALATTIA

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

sull'infortunato/ammalato

Cognome e nome _____

Paternità e Maternità _____

Data, luogo di nascita, professione _____

Domicilio _____ Tel. _____

Assicurazioni in corso contro infortuni o malattia: presso quali Società e per quali capitali _____

Infortuni precedenti: epoca, natura e conseguenza del trauma _____

Indennità precedentemente ottenute da altre Società _____

sulle circostanze dell'infortunio/malattia

Giorno e ora _____ Località _____

Generalità ed indirizzi dei testimoni presenti all'infortunio _____

Occupazione a cui stava attendendo l'infortunato quando avvenne l'infortunio _____

Se era alla guida di veicoli indicare targa e tipo - in qualità di ☐ CONDUCENTE ☐ TRASPORTATO _____

Nome ed indirizzo della persona che prestò le prime cure; luogo e tempo in cui furono prestate _____

Ospedale o clinica dell'eventuale ricovero e durata della degenza _____

Nome ed indirizzo del medico che ha in cura l'infortunato o ammalato _____

Narrazione chiara e circostanziata delle modalità dell'infortunio o delle cause della malattia e delle loro immediate conseguenze.

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo scrupolosamente completo e veritiero e si fa garante della esattezza delle informazioni date.

Firma dell'Assicurato
o dell'avente causa

Il _____

MOD. CA 6[illegible] - Ed. 12/2[illegible] - Q. 10.000 - R.D.S.