



Via Europa, 5  
I - 39031 BRUNICO (BZ)  
Tel. 0474 531176 Fax 0474 554395  
email: info@assiservice.bz

## Denuncia sinistro infortunio o malattia

Utilizzi il tasto tab della tastiera o clicchi con il mouse per inserire i dati nei campi predisposti.

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| compagnia                        |  |
| numero polizza                   |  |
| la denuncia è stata compilata da |  |

### Contraente

|                        |   |
|------------------------|---|
| nome e cognome / ditta |   |
| indirizzo              |   |
| data di nascita        | telefono                                  |
| e-mail                 |   |
| intestatario c/c       | codice fiscale / partita iva intestatario |
| IBAN                   | BIC / SWIFT                               |

### Persona assicurata (compilare solo se diverso dal contraente!)

|                        |   |
|------------------------|---|
| nome e cognome / ditta |   |
| indirizzo              |   |
| data di nascita        | telefono                                  |
| e-mail                 |   |
| intestatario c/c       | codice fiscale / partita iva intestatario |
| IBAN                   | BIC / SWIFT                               |

### Descrizione del sinistro

|  |    |    |     |    |
|--|----|----|-----|----|
| data del sinistro, ora                       |    |    |     |    |
| luogo  |    |    |     |    |
| descrizione dell'infortunio o della malattia |    |    |     |    |
| descrizione della lesione o della patologia  |    |    |     |    |
| ricovero in ospedale                         | no | si | dal | al |
| Gesso /                                      | no | si | dal | al |
| inabilità temporanea                         | no | si | dal | al |

### Domande generali

|  |    |    |
|--|----|----|
| per il sinistro vi è un'ulteriore copertura assicurativa presso un'altra compagnia?  | no | si |
| in caso affermativo, presso quale compagnia, ramo, n. polizza?   |    |    |
| la persona assicurata ha già subito un infortunio in precedenza o soffre di una patologia che si è già manifestata in passato? | no | si |
| in caso affermativo, dettagli dell'infortunio o della patologia  |    |    |
| al momento dell'infortunio la persona assicurata era alcolizzata?  | no | si |
| l'infortunio non è stato provocato dall'assicurato?  | no | si |
| in caso affermativo, chi è la controparte?   |    |    |
| È previsto un'invalidità permanente?   | no | si |
| Quale?   |    |    |



I seguenti documenti sono da allegare alla denuncia di sinistro:

- documentazione medica, cartella clinica (in caso di malattia)
- fatture originali delle prestazioni mediche.

Dichiaro di aver risposto alle domande della denuncia di sinistro in maniera veritiera, descrivendo dettagliatamente tutti i fatti a me noti. Autorizzo la compagnia di assicurazione e i suoi rappresentanti a disporre tutte le attività ed accertamenti necessari per dare corso alla presente richiesta, nonché per prendere visione degli atti (penali, amministrativi, ecc.) e per farne copia.

\_\_\_\_\_  
luogo, data

\_\_\_\_\_  
firma contraente

\_\_\_\_\_  
intermediario

Il modulo compilato è da inviare a: [schaden@assiservice.bz](mailto:schaden@assiservice.bz)