

**LP Mediazioni**

Via Madama Vincenza, 2
81030 - Teverola (CE)
Tel.: 081.277.11.19
Fax: 081.011.36.82

Mail: info@lpmediazioni.it
Web: www.lpmediazioni.it
N. Iscr. Ivass: E000387464

Polizza n.	Agenzia
------------	---------

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (da utilizzare per garanzie Infortuni)**CONTRAENTE:** _____

Domicilio (via e n. civico) _____ CAP _____ Comune _____

ASSICURATO (indicare il soggetto cui si riferisce)

Cognome e Nome _____ Rapporto con il contraente _____

BENEFICIARIO (in caso di morte dell'assicurato, indicare il soggetto che richiede l'indennizzo)

Cognome e Nome _____ Rapporto con il contraente _____

Richiesta di indennizzo per le seguenti garanzie (barrare la casella interessata)MORTE INVALIDITA' ALTRO: **DICHIARAZIONI***Giorno, ora e località in cui è avvenuto il sinistro**Narrazione del modo in cui è avvenuto l'infortunio**Nome e indirizzo delle persone che furono testimoni dell'infortunio**Precedenti infortuni subiti dall'assicurato? Se SI, quali?**Altre assicurazioni in corso per gli stessi rischi? Se SI, con quale Compagnia?**Si allega documentazione? Se SI, quale (certificati medici ecc.)?***Recapito telefonico e domicilio dell'assicurato (o del Beneficiario)**

n.tel. casa	n.tel. ufficio	n.tel. cellulare
Domicilio	CAP	Comune

....., li firma dell'Assicurato