



TRAIANO ASSICURAZIONI

Consulenti

Spett. Le Traiano Assicurazioni srl

e-mail sinistri@traianoassicurazioni.it

DENUNCIA SINISTRI INFORTUNI

Polizza n. _____

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in _____

Recapito cellulare _____ e-mail _____

RICHIEDE

La liquidazione dell'indennità per l'infortunio avvenuto il _____ in Località _____

Modalità dell'infortunio _____

Lesioni subite _____

In caso di ricovero indicare la struttura _____

Indicare la prognosi _____

Documenti allegati (barrare quelli inviati):

- Copia documento di riconoscimento e tessera sanitaria
- Copia referto Pronto Soccorso o Relazione Medico che ha prestato le prime cure
- Copia di ulteriore documentazione medica (esami, accertamenti diagnostici, spese mediche etc...)
- Iban dell'Ass.to in caso di indennizzo

Firma dell'Assicurato

Firma dell'Intermediario

Luogo e Data _____