

# DENUNCIA DI SINISTRO

# INFORTUNIO/MALATTIA

Da inviare a: **Ufficio Sinistri Cargeas**

✉ Mail: **denunciasinistri@cargeas.it**

📠 Fax: **02.93660159**

⚠ **I campi contrassegnati con l'asterisco (\*) sono obbligatori**  
È necessario allegare i seguenti documenti: **copia di documento di identità, copia del codice fiscale e Privacy firmata**

## Contraente

Cognome Nome Contraente / Denominazione\*

Via / Viale / Piazza

Comune

Prov.

E-mail

Telefono\*

Nr. Polizza\*

## Descrizione del sinistro

Data accadimento\*

Indirizzo e civico di accadimento del sinistro

Località

Descrizione delle modalità dell'evento:

## Danni

Descrizione dei danni subiti:

Tipologia dell'evento presunta:

**INFORTUNIO**

Invalidità permanente

Inabilità temporanea

Ricovero

Rimborso spese mediche

Morte

**MALATTIA**

Invalidità permanente

Inabilità temporanea

Ricovero

Rimborso spese mediche

Documenti allegati

## Altra Assicurazione

Se esiste un'assicurazione indicarla di seguito:

Compagnia

Nr. Polizza

Indicare se è stata presentata denuncia all'altra compagnia  Sì  No

## Dati bancari per il pagamento del sinistro

Intestatario del conto corrente

Iban dell'Assicurato (per eventuale pagamento del sinistro, ove indennizzabile ai termini di polizza)\*

Il sottoscritto dichiara di aver compilato la presente denuncia e che quanto dichiarato è conforme al vero; si impegna a trasmettere ogni altra comunicazione/documentazione necessaria alla definizione del sinistro. Dichiara inoltre di aver letto e sottoscritto l'informativa privacy, allegata alla presente denuncia.

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

\_\_\_\_\_  
Firma\*