

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*