

Modello di denuncia Infortuni

Denuncia sinistro accaduto su Polizza* (indicare il numero INTEGRALE)

5 11 12 12		
Dati del Contraente:		
Nome Cognome	/ Ragione S	Sociale
C.F./P.IVA		
Dati del Danneggiato:		
Nome Cognom	ne C.F	
IBAN	Intestatario del conto	
Telefono	E-mail/PEC	
Dati del Sinistro:		
Data Ora Luc	ogo (Città/Paese) Via _	
Pronto Soccorso SI NO Ricovero SI NO	Se SI, numero Giorni	
Decesso SI NO	30 31) Humero Giorni	
Spese mediche sostenute OSION	Sono prevedibili ulteriori s	pese mediche OSIONO
Garanzie:		
○ Capitale morte	Invalidità Permanente	 Inabilità Temporanea
O Diaria da gessatura	O Diaria da ricovero	ODiaria da convalescenza
Rimborso spese di cura	○ Altro	
Descrizione accaduto:		
Data		Eirma

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it





Documenti da allegare:

- Certificazione medica
- Cartella clinica, se disponibile
- Certificato di morte, in caso di decesso
- Documentazione relativa alle spese di cura sostenute

*il numero di polizza integrale può essere individuato:

- nella Quietanza di Pagamento rilasciata dall'Agenzia di riferimento, in sede di pagamento del premio
- nella polizza, rilasciata in originale dall'Agenzia di riferimento

