

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO "COVER & BENEFIT"

Egregi Signori,

con la presente vi segnalo di aver subito un sinistro sulla copertura "Cover & Benefit", come di seguito descritto:

NOME DELL'ASSICURATO	
RECAPITO TELEFONICO	
INDIRIZZO EMAIL	
INDIRIZZO DEL DOMICILIO	
BENE O SERVIZIO ACQUISTATO	
LUOGO ED ESERCIZIO COMMERCIALE DI ACQUISTO	
CODICE IBAN	

TIPOLOGIA DI DANNO:

- Morte a seguito di Infortunio
- Invalidità Permanente a seguito di Infortunio
- Spese Mediche sostenute a seguito di Infortunio

ALLEGATI:

Alla presente Denuncia di Sinistro, troverete allegati i seguenti documenti:

- Descrizione dettagliata del sinistro: luogo, circostanze, elenco dei danni subiti;
 - Certificato Medico del Pronto Soccorso
 - Copia del contratto (o prova dell'avvenuta adesione all'iniziativa) "Cover & Benefit"
 - Altro:
-

Data: Firma:

(l'Assicurato)