



ASSICURAZIONI
BONANDRINI

VIA S. MARTINO DEL CORSO, 6 25025 MANERBIO (BS)
TEL. 030 9380151 - 030 9380470 FAX 030 9381938
INFO@BONA-ASSICURA.COM

Polizza N. Compagnia.....

PERSONA DANNEGGIATA

- Cognome e nome Professione
- C.F. Telefono
- Residenza
- Ai sensi dell'art. 1910 C.C.: l'Assicurato ha presentato denuncia per lo stesso evento anche ad altri assicuratori? Sì No Compagnian. polizza.....
- Infortuni precedentemente sofferti:
- Carattere della lesione.....
- Sede anatomica anno

CIRCOSTANDE DELL'INFORTUNIO

- Giorno..... ora località dell'infortunio PV
- Nomi dei testimoni dell'infortunio / persone che videro per prime l'Assicurato dopo l'infortunio:
- L' infortunio è avvenuto durante la pratica di attività sportiva? Sì No Quale?
- Svoltata sotto l'egida della competente Federazione? Sì No Quale?
- L' Assicurato è tesserato con qualche Federazione Sportiva Sì No Quale?
- In caso di sinistro avvenuto a bordo di veicoli a motore o natanti:
 - a) Tipologia di veicolo n. Targa
 - b) Altro veicolo coinvolto nel sinistro Sì No n. Targa
 - c) E' intervenuta la competente Autorità? Sì No Quale?
 - d) Sono state commesse infrazioni al Codice della Strada? Sì No Quali?
 - e) Iscritto a gara / competizione sportiva Sì No Quale?
- Persona che prestò le prime cure
- Luogo..... giorno ora
- Medico che ha in cura l'Assicurato, Dottor telefono
- **Descrizione dettagliata dell'infortunio**, delle cause che lo hanno prodotto e delle sue immediate conseguenze

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo completo e veritiero e si fa garante dell'esattezza delle indicazioni fornite.

Coordinate bancarie in caso di sinistro indennizzabile:

Bonifico bancario C/c intestato a: della banca Coordinate in formato IBAN IT
--

(Nel momento in cui ci siano delle variazioni, l'Assicurato si impegna a comunicare tempestivamente le nuove coordinate bancarie).

All:

Data.....

IL DENUNCIANTE