ASS.PEI

Via degli Scialoia,6 00196 Roma (RM)
Tel: 06/3233405 - Email: ass.pei@libero.it
Sito Web: www.asspei.com

MODULO PER INOLTRO DENUNCIA SINISTRO ALLA SEDE NAZIONALE ASS.PEI TRAMITE LA SEDE PROVINCIALE DELL' ASS.PEI di ……

(Apporre una crocetta sulla voce che interessa)

Infortunio ☐ Responsabilità Civile ☐

Data del sinistro……..Ora del sinistro……Località……..

Nominativo Assicurato…….

Indirizzo…….

Località…….Provincia…….CAP…….

*Tel …….. Fax……. *Email ……..……..

* *Campi obbligatori*

PER INFORTUNIO: A quale attività stava attendendo l'infortunato all'atto del sinistro?

……

……

Ricovero dal……

PER RESPONSABILITA' CIVILE: A quale attività stava attendendo quando si è verificato il danno?……

……

……

Descrizione del fatto……..

……

……

Testimoni presenti all'accaduto…….

Lesioni subite…….

……

Da chi furono prestate le prime cure?……

……

Dove è attualmente degente l'infortunato?……

Ha subito altri infortuni?……Quando?…….

E' residuata una Invalidità Permanente?……

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni di cui sopra sono complete e conformi al vero

Data…….Firma dell'Assicurato……...

Documentazione da inviare successivamente per la liquidazione del sinistro

Certificazione Medica in originale

Prescrizione Medica in originale

Copia conforme all'originale della Cartella Clinica

Certificato medico di avvenuta guarigione

Orario delle lezioni per danno in Itinere (Autocertificazione)

Eventuale altra documentazione medica (Certificato pronto soccorso, ecc….)