



MODULO DENUNCIA DI SINISTRO DA INFORTUNIO

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente al certificato medico equivalente al referto del Pronto Soccorso, a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____
Indirizzo _____
Azienda di appartenenza _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE INFORTUNATO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

DESCRIZIONE DEL SINISTRO

Infortunio avvenuto alle ore _____ del giorno _____

Nel luogo _____

Descrizione del luogo _____

Indicare le circostanze _____

Conseguenze lesive dell'infortunio: _____

Luogo di cura _____

È stato consigliato intervento chirurgico? _____

