

### DENUNCIA DI SINISTRO

Da trasmettere subito via Fax entro tre giorni dal fatto  
o da quando se ne è venuti a conoscenza e trasmessa per posta presso:

**SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE**  
Agenzia di Mondovì - Via Manessero, 3 - 12084 Mondovì CN

Telefono 0174 42383 Fax 0174 45141 E-mail info@assicuraci.it  
(informazioni sui sinistri nei giorni di martedì e venerdì, dalle ore 15 alle 18)

<b>ENTE</b>		<b>INDIRIZZO SEDE LEGALE - Via, n. , città</b>			<b>TELEFONO</b>	<b>FAX</b>	<b>E-MAIL</b>
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>		<b>INDIRIZZO - Via, n. , città</b>			<b>TELEFONO</b>	<b>FAX</b>	<b>E-MAIL</b>
<b>DATA ACCADIMENTO</b>	<b>ORA</b>	<b>LOCALITÀ</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>CAP</b>	<b>DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA</b>		
<b>COGNOME E NOME DEL DANNEGGIATO</b>		<b>INDIRIZZO</b>			<b>TELEFONO</b>		
<b>SOCIO/ADETTO</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>LUOGO DI NASCITA</b>		<b>PER I MINORI: CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ</b>			

<b>DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA DEL FATTO, DELLE CAUSE E DELLE CONSEGUENZE</b>		
<b>PRIMO SOCCORSO PRESTATO DA</b>	<b>ACCOMPAGNATO AL PRONTO SOCCORSO</b>	<b>RICOVERO PRESSO L'OSPEDALE DI</b>
<b>TESTIMONI AL SINISTRO</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DENUNCIA: (È obbligatorio allegare certificato del pronto soccorso e la cartella clinica nel caso di ricovero)</b>		

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER COMPILATO I DATI RICHIESTI IN MODO COMPLETO E CONFORME AL VERO, IN FEDE.**

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>INDIRIZZO - Via, n. , città</b>	<b>RECAPITI TELEFONICI</b>
<b>INCARICO RICOPERTO NELL'ENTE</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>FIRMA DEL RESPONSABILE</b>
		X _____