



Compilare e inviare solo tramite posta a: MIZAR SRL
Via Giacomo Peroni 400,402
00131 Roma

Alla cortese attenzione *Marinella Vendittelli – Ufficio sinistri*

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

POLIZZA N. 52482024

Assicurazione infortuni ai sensi dell'art. 20 Accordo Collettivo Lega PRO

ASSICURATO:

Cognome	Nome
Indirizzo	
Cap	Città e provincia
Codice Fiscale	Telefono
Cellulare	Mail

DATI BANCARI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO (scrivere in stampatello):

Codice IBAN _____, Banca _____

Intestato a _____

NB: in mancanza dei dati bancari il sinistro verrà liquidato con assegno bancario non trasferibile.

TIPO DI SINISTRO VERIFICATOSI (*barrare e compilare il caso che ricorre*):

— **Ricovero** presso la seguente struttura: _____

documentazione da allegare: copia integrale della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura.

— **Day hospital** presso la seguente struttura: _____

— **Intervento chirurgico ambulatoriale o pronto soccorso** presso la seguente struttura: _____

— **Altro**

Si ricorda che occorre allegare, laddove esistente, copia integrale della cartella clinica o documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura, che attesti i giorni nei quali è avvenuto il ricovero, i motivi, le prestazioni sanitarie erogate.

Periodo di degenza dal _____ al _____

Data _____

Firma _____

Spazio riservato a MIZAR SRL

Denuncia ricevuta il	
Numero sinistro	Inviato a CLG il



Modulo Denuncia Infortunio

Dati Anagrafici dell'Infortunato

Cognome		Nome	
Indirizzo		N.° Civico	
Comune		Prov.	
C.A.P.	Telefono		
Data e Luogo di nascita	Codice Fiscale		
Società di appartenenza			

Conseguenze dell'infortunio

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio



Modulo Denuncia Infortunio

Estremi dell'infortunio

Data dell'infortunio	Ora dell'infortunio
Luogo dell'infortunio	
Comune	Prov.
Descrizione circostanziata della dinamica dell'infortunio	

Eventuali testimoni dell'infortunio

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

Cognome	Nome
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono

Conseguenze dell'infortunio

Descrizione delle lesioni provocate dall'infortunio



Modulo Denuncia Infortunio

Esiste un certificato medico?:

 SI NO

Numero di giorni di prognosi:

L'infortunato è stato ricoverato?:

 SI NO

Numero giorni di ricovero:

Dati della Società di appartenenza

Società	
Indirizzo	N.° Civico
Comune	Prov.
C.A.P.	Telefono
Data affiliazione	Numero affiliazione

Luogo/ Data della denuncia

Firma
