DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

Alla c.a. **Ufficio Sinistri Infortuni**
Cogno Assicurazioni sas

- Cognome Nome e Codice Fiscale del **Contraente**
  (soggetto a cui è intestata la polizza)

  _____
  _____

- Cognome Nome e Codice Fiscale dell'**Assicurato**
  (soggetto infortunato)

  _____
  _____

- Data, ora e luogo in cui è avvenuto l'infortunio

  _____
  _____

- Attività svolta dall'assicurato al momento dell'infortunio

  _____
  _____
  _____

- Descrizione chiara e circostanziata delle cause e delle conseguenze dell'infortunio

  _____
  _____
  _____

- Autorità, soccorsi intervenuti o medico, istituto di cura a cui ci si è rivolti per le prime cure

  _____
  _____
  _____

- Indicare i dati anagrafici di eventuali testimoni dell'accaduto

  _____
  _____
  _____

- Annotazioni

  _____
  _____
  _____
  _____

_____, il _____

_____
Firma dell'assicurato

Allegare certificazione medica completa ed in originale del sinistro denunciato

cogno assicurazioni SAS