

DENUNCIA DI SINISTRO

(da compilare in ogni sua parte)

Polizza: **Infortuni n. 430428763** **RCT/O n. F2500026544-LB**

Contraente: GIUNTA REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Assicurato

Data e luogo di nascita

Indirizzo (via, città e cap)

Telefono

Data e ora sinistro

Località

Categoria (*selezionare dall'elenco dei destinatari dell'assicurazione*)

Nominativo dei genitori (solo per minori)

Descrizione del sinistro

Documentazione allegata:

Fatture allegate: