

Denuncia di infortunio su polizza AUSER - Soci

418/77/73374140

INFORTUNATO

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

domiciliato in via _____ n. _____

città _____ prov. _____ c.a.p. _____ tel. ____ / ____

professione _____

INFORTUNIO

data infortunio ____ / ____ / ____ luogo _____ prov. _____

lesioni riportate _____

descrizione dell'infortunio (modalità e cause) _____

primo soccorso _____

testimoni _____

SEDE AUSER DI APPARTENENZA

Sede **Affiliata AUSER** _____

via _____ c.a.p. _____ tel. ____ / ____

Compilato in data ____ / ____ / ____ a _____

firma _____

Si allega:

- copia tessera Auser in vigore e copia di un documento di riconoscimento
- certificato di ricovero relativo al sinistro o altra documentazione attestante il diritto