

## Denuncia di sinistro INFORTUNI

Tutti i campi con scritta rossa sono da compilare OBBLIGATORIAMENTE

---

**POLIZZA:** Agenzia /Ramo  
815  
  
/Polizza

### DATI DI CONTRAENTE:

COGNOME : NOME :  
DENOMINAZIONE :  
E-MAIL : TELEFONO :  
INDIRIZZO :  
CITTÀ :  
PROV. : CAP :

---

### DATI ASSICURATO:

COGNOME : NOME :  
DENOMINAZIONE :  
INDIRIZZO :  
CITTÀ :  
PROV. : CAP :  
DATA SINISTRO :  LUOGO  
SINISTRO :

---

DESCRIZIONE  
EVENTO:

---

SI PREGA DOPO AVER COMPILATO IL MODULO DI SALVARLO ED INVIARLO A:  
[sinistri@muscoassicurazioni.it](mailto:sinistri@muscoassicurazioni.it)