

Spett.le
Groupama Assicurazioni S.p.A
Agenzia di VERONA
Corso Cavour 34
37121 VERONA

Tel. 045-8031813
Fax 045-8030320
Email veronacentro@groupama.it

Verona, li

OGGETTO: DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA INFORTUNI AZIENDE N. **107664352**
AGENZIA DI **VERONA CENTRO**

Vi comunico che l'Assicurato/a..... in data.....
ha subito un infortunio, con le seguenti modalità:
.....
.....
.....
.....

Allego la seguente documentazione medica:
.....
.....
.....

Cognome e nome
Via n
Cap..... Città
Telefono

Barrare la casella corrispondente :
 Tesserato UMV : numero di tessera
 Non tesserato UMV

In fede (firma)
.....