

Spett.le
Groupama Assicurazioni Spa
Agenzia di Brescia

Brescia, _____

OGGETTO: Denuncia di Sinistro Infortuni/ Malattia del _____
Polizza n. _____

Vi comunico che l'Assicurato _____
Ha subito un infortunio con le seguenti modalità

è stato ricoverato

Allego la seguente documentazione medica

Cognome e Nome dell'Assicurato _____

Via _____

Località _____

IN FEDE
