



COGNOME _____ NOME _____

Fraz/Via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Spett.le
A.I.G. ASSICURAZIONI
Agenzia di Milano

Aosta, / / 201 ____

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI CHIUSURA INFORTUNIO

Con la presente, in relazione all'infortunio occorsomi in data _____
in località _____ Prov. () aperto presso la Vostra Compagnia di
Assicurazioni, Vi comunico di essere clinicamente guarito/a in data _____:

- senza postumi residui;
- con postumi di invalidità permanente da valutarsi in sede medico legale.
(Allega a tal fine certificato medico con % d'invalidità permanente certificata);
- riprende attività lavorativa in attesa d'intervento chirurgico da programmare;

Certi che vorrete prendere atto di quanto sopra e procedere con la liquidazione di mia spettanza, per quanto previsto dalle more della polizza assicurativa da me sottoscritta.

L'occasione mi è gradita per porgerVi i miei più cordiali saluti.

In fede
