

MODELLO DENUNCIA SINISTRO

| | COMPAGNIA | RAMO | N° POLIZZA | SUB |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|-----|
| POLIZZA N° | | | | |
| CONTRAENTE | | | | |
| Recapiti: | Tel: | | Cel: | |
| | Fax: | | | |
| DENUNCIANTE | | | | |
| In qualità di | | | | |
| Indirizzo: | | | | |
| | | | | |
| Recapiti: | Tel: | | Cel: | |
| | Mail: | | | |
| DATA DEL SINISTRO | | ORA | | |
| LUOGO DEL SINISTRO | | | | |
| DESCRIZIONE DEL DANNO / EVENTO | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| RIPARAZIONE DIRETTA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | |
| TESTIMONI | | | | |
| DANNEGGIATO (nome, cognome, cod.fiscale, indirizzo, telefono) | | | | |
| | | | | |
| AUTORITA' INTERVENUTA | SI | NO | Se si specificare: | |
| PERIZIA PRESSO | NOME | | | |
| | INDIRIZZO | | | |
| IBAN | INTESTATARIO C/C : | | | |
| | | | | |

LUOGO _____ DATA _____ FIRMA _____