



Il sottoscritto _____

CONTRAENTE della polizza n ° 00057031 _____ Residente in Via _____

CAP _____ Comune _____ (____) E-mail _____

Tel. _____ Cell. _____ **DENUNCIO** che il giorno _____

Alle ore _____ in Via _____ CAP _____

ASSICURATO _____

Residente in Via _____ CAP _____ Comune _____

E-mail _____ Tel. _____ Cell. _____

Iban dell'assicurato _____

Banca _____ Conto intestato a _____

(in caso di assicurato minorenni si necessita anche della delega per incasso liquidazione)

Breve descrizione dell'evento _____

Il danno è stato denunciato alle seguenti Pubbliche Autorità _____ in data _____

Sul luogo del sinistro sono intervenuti (Vigili del Fuoco, Ambulanza, ...) _____

Disponibilità per effettuare la Visita Medico Legale: reperibilità al numero di cellulare _____

Via _____ CAP _____ Comune _____ (____)

ALLEGATI

- certificati medici foto spese mediche
 denuncia Autorità verbale intervento Autorità
 altro _____

Luogo e data _____ Firma _____