


## DENUNCIA DI SINISTRO

## MODULO DI TESTIMONIANZA

Da inviare a: **Ufficio Sinistri Cargeas**

 Mail: **denunciasinistri@cargeas.it**

 Fax: **02.93660159**

 **I campi contrassegnati con l'asterisco (\*) sono obbligatori**  
È necessario allegare i seguenti documenti: **copia di documento di identità, copia del codice fiscale e Privacy firmata**

### Dichiarante

Cognome Nome Contraente / Denominazione\*

Via / Viale / Piazza

Comune

Cap.

Prov.

E-mail

Telefono

Nr. Polizza\*

Codice Fiscale\*



Nota: allegare copia del documento di identità

### Descrizione del sinistro

Data accadimento\*

Indirizzo e civico di accadimento del sinistro\*

Località\*

### Descrizione del fatto

 Dichiaro di aver assistito all'evento di cui sopra.

Io sottoscritto

La dinamica è la seguente

Sono intervenute le Autorità?  Sì  No

Polizia Stradale di 

Carabinieri di 

Vigili Urbani/Polizia Locale di 

Altro 

Il sottoscritto dichiara di aver compilato la presente denuncia e che quanto dichiarato è conforme al vero; si impegna a trasmettere ogni altra comunicazione/documentazione necessaria alla definizione del sinistro. Dichiara inoltre di aver letto e sottoscritto l'informativa privacy, allegata alla presente denuncia.

Data e luogo

Firma\*