


DENUNCIA DI SINISTRO

MODULO DI TESTIMONIANZA AUTO

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*

Ora*

Indirizzo e civico di accadimento del sinistro*

Località*

Veicoli coinvolti

Numero targa veicolo CARGEAS*

Danni visibili assicurato Cargeas: _____

Numero targa veicolo controparte

Danni visibili controparte: _____

Sono intervenute le Autorità? Sì No

Polizia Stradale di _____

Carabinieri di _____

Vigili Urbani/Polizia Locale di _____

Altro _____

Descrizione del fatto

Io sottoscritto _____

Dichiaro di aver assistito all'evento di cui sopra.

La dinamica è la seguente (**IMPORTANTE: nella descrizione indicare le targhe dei veicoli coinvolti**): _____

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*