


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. Dichiaro inoltre di aver letto e sottoscritto l'informativa privacy, allegata alla presente denuncia.

Data e luogo

Firma*