

DENUNCIA PER SINISTRI IN REGIME CARD

(qualora non compilato il modulo di constatazione amichevole di incidente – CAI)

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------|------------------------|
| Io sottoscritto/a (cognome) | | (nome) | |
| domiciliato/a a | | | provincia |
| in via/piazza | | n° civico | CAP |
| telefono fisso | cellulare | e-mail | |
| codice fiscale | | | |
| in qualità di | | | |
| <input type="checkbox"/> Proprietario <input type="checkbox"/> Assicurato | | | |
| del veicolo tipo | | targa | stato immatricolazione |
| assicurato con codesta Compagnia | | polizza n° | |
| tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili: | | | |
| | | | |
| | | | |
| denuncio | | | |
| l'accadimento di un sinistro, relativo al veicolo sopra riportato, in data (gg/mm/aaaa) | | | |
| in (luogo accadimento) | | | Provincia |
| Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Nel sinistro è risultato coinvolto il veicolo di controparte: | | | |
| tipo veicolo | targa | stato immatricolazione | |
| intestato al sig./sig.ra (cognome) | | (nome) | |
| domiciliato/a a | | provincia | |
| in via/piazza | | n° civico | CAP |
| telefono fisso | cellulare | e-mail | |
| assicurato con la Compagnia | | polizza n° | |
| condotto, al momento del sinistro, dal sig./sig.ra (cognome) | | | (nome) |
| tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili: | | | |
| | | | |
| | | | |
| al sinistro hanno assistito come testimoni: | | | |
| dati anagrafici testimone 1 (con indirizzo e telefono) | | | |
| | | | |
| dati anagrafici testimone 2 (con indirizzo e telefono) | | | |
| | | | |

E' intervenuta la seguente Autorità Pubblica:

dichiaro che in occasione del suddetto sinistro ha riportato le seguenti lesioni personali il/la conducente:

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| (cognome) | | (nome) | |
| nato/a a | | | il |
| domiciliato/a a | | | Provincia |
| in via/piazza | | n° civico | CAP |
| telefono fisso | cellulare | e-mail | |

dichiaro che in occasione del suddetto sinistro hanno riportato le seguenti lesioni personali i **terzi trasportati** nel veicolo coperto da garanzia R.C.Auto da parte di codesta Compagnia (diverso dal/la sottoscritto/a Proprietario/a-Assicurato/a):

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| (cognome) | | (nome) | |
| nato/a a | | | il |
| domiciliato/a a | | | Provincia |
| in via/piazza | | n° civico | CAP |
| telefono fisso | cellulare | e-mail | |

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| (cognome) | | (nome) | |
| nato/a a | | | il |
| domiciliato/a a | | | Provincia |
| in via/piazza | | n° civico | CAP |
| telefono fisso | cellulare | e-mail | |

| | | | |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| (cognome) | | (nome) | |
| nato/a a | | | il |
| domiciliato/a a | | | Provincia |
| in via/piazza | | n° civico | CAP |
| telefono fisso | cellulare | e-mail | |

NB: se presenti più di tre lesionati, indicare di seguito i soli nominativi (cognome e nome)

| |
|--|
| |
| |
| |

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbro ricevuto dell'Agenzia</p> | <p>Luogo e data</p> <p>Firma del denunciante <i>(obbligatoria)</i></p> |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|