



# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità?

si  no

Quale Autorità è intervenuta?

CC  P.S.  VV.UU.

## veicolo A

TARGA \_\_\_\_\_

Testimone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Testimone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente  Passeggero  Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso

si  no

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente  Passeggero  Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso

si  no

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

## veicolo B

TARGA \_\_\_\_\_

Testimone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Testimone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente  Passeggero  Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso

si  no

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente  Passeggero  Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso

si  no

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_



## DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS.	VV.UU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ?				
TESTIMONI	NOMINATIVO			INDIRIZZO					N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.		
	1											si	no
	2											si	no
	3											si	no
PERSONE	COGNOME E NOME		NATURA DELLE LESIONI			INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.		
											si		no
											si		no
DANNI A TERZI COSE O ANIMALI	VEICOLO		PROPRIETARIO DEL VEICOLO										
	TIPO	TARGA	COGNOME E NOME			INDIRIZZO			N. TELEF.				
	1												
	2												
3													

Descrizione del sinistro

L'Assicurato ha sofferto danni materiali? \_\_\_\_\_ Lesioni? \_\_\_\_\_ Intende chiedere risarcimento alla controparte? \_\_\_\_\_

Data della denuncia \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato o del Conducente \_\_\_\_\_