

Dati Anagrafici dell'Assicurato

Sig/a _____
Via _____ n° _____
Comune _____ cap _____
tel _____ / _____ fax _____

Dati Anagrafici eventuale Controparte

Sig/a _____
Via _____ n° _____
Comune _____ cap _____
tel _____ / _____ fax _____ f _____

Località di accadimento _____ Via _____

Data di accadimento ____/____/____

Modalità di accadimento: _____

Danni visibili arrecati / subiti: _____

Autorità intervenuta: _____
Testimoni: _____

DOCUMENTI ALLEGATI

DOCUMENTI RICHIESTI

_____ li, _____ L'Assicurato _____