



## DENUNCIA DI SINISTRO

CONTRAENTE POLIZZA		
NOME E COGNOME*	INDIRIZZO*	NUM. TEL.*
_____	_____	_____
DANNEGGIATO (se diverso da contraente)		
NOME E COGNOME*	INDIRIZZO*	NUM. TEL.*
_____	_____	_____
POLIZZA		
NUMERO	TIPOLOGIA	
_____	_____	
TESTIMONI		
NOME E COGNOME TESTIMONE 1	INDIRIZZO TESTIMONE 1	NUM. TEL. TESTIMONE 1
_____	_____	_____
NOME E COGNOME TESTIMONE 2	INDIRIZZO TESTIMONE 2	NUM. TEL. TESTIMONE 2
_____	_____	_____
NOME E COGNOME TESTIMONE 3	INDIRIZZO TESTIMONE 3	NUM. TEL. TESTIMONE 3
_____	_____	_____
SINISTRO		
LUOGO*	DATA E ORA*	AUTORITA'/SOCCORSI INTERVENUTI*
_____	_____	_____
_____	_____	_____
DESCRIZIONE DELLA DINAMICA*		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
_____		
ALLEGATI		
_____		
_____		
_____		
ESTREMI PER IL RISARCIMENTO (se il contraente è il beneficiario)		
CODICE IBAN*		
_____		

DATA\* \_\_\_\_\_

FIRMA\* \_\_\_\_\_

Ricordiamo che la denuncia di danno deve pervenire all'Agencia entro e non oltre i termini riportati in polizza.

### Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi

Ai sensi del decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 e successive modificazioni, è necessario che Lei consenta all'Agencia di Brescia 105 di:

- Utilizzare i propri dati personali, compresi quelli sensibili;
- Comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa;
- Trasferirli all'estero.

DATA\* \_\_\_\_\_

FIRMA\* \_\_\_\_\_

\* CAMPI OBBLIGATORI