DENUNCIA DI SINISTRO

CONTRAENTE POLIZZA		
*** NOME E COGNOME**	*** INDIRIZZO**	*** NUM. TEL. / E-MAIL**
DANNEGGIATO (se diverso da contraente)		
*** NOME E COGNOME**	*** INDIRIZZO**	*** NUM. TEL. / E-MAIL**
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
SINISTRO		
*** LUOGO**	*** DATA E ORA**	*** AUTORITA'/SOCCORSI INTERVENUTI**
*** DESCRIZIONE DELLA DINAMICA**		
ALLEGATI		
COORDINATE BANCARIE		
*** CODICE IBAN**		

*** DATA**_____ *** FIRMA ASSICURATO**_____

Ricordiamo che la denuncia di danno deve pervenire all'Agenzia 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'Agenzia 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 ASSICURATO**_____

*** FIRMA AM PER APERTURA SINISTRO**_____

**** = CAMPI OBBLIGATORI***