

Polizza N.

Intermediario Montani Marco Ag. Fermo Cod. 825

Assicurato (cognome, nome, ragione sociale – domicilio)

Tel + cell.

C.F.

P.IVA

Danni a persone (cognome, nome, indirizzo, professione delle persone danneggiate ed entità delle lesioni)

Tel + cell.

C.F.

P.IVA

Danni a cose o ad animali (proprietario, suo indirizzo: entità del danno; dove si trovano attualmente le cose danneggiate)

Tel + cell.

C.F.

P.IVA

Autorità che si è già interessata al sinistro (Carabinieri, Polizia della strada, Pretore, Giudice Istruttore, ecc.)

Tel + cell.

C.F.

P.IVA

Testimoni: (cognome,nome, indirizzo dei testimoni presenti al fatto)

Tel + cell.

Franchigia:

**DESCRIZIONE DEL SINISTRO:**

Evento avvenuto il giorno:  ore:  città e via

Descrizione dell'accaduto:

Descrizione luogo sinistro:

Per RCO: descrizione mansioni, istruzioni impartite, interventi SPISAL, numero dipendenti, presenza presidi anti-infortunistici

Causa e stima del danno

**Riservato per artigiani e ditte:** descrivere tipo di incarico ricevuto dal danneggiato e attività svolta:

Coordinate bancarie in cui in caso di indennizzabilità del sinistro si richiede il ricorso specificando IBAN

<b>Bonifico bancario</b>
C / c intestato a: <input type="text"/> della banca <input type="text"/>
<b>Coordinate in formato IBAN</b> IT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(Nel momento in cui ci siano delle variazioni, l'assicurato si impegna a comunicare tempestivamente le nuove coordinate bancarie).  
Il sottoscritto dichiara di aver risposto alla precedenti domande in modo scrupolosamente completo e veritiero e si fa garante della esattezza delle indicazioni date.

Data

FIRMA  
(di propria mano dell'Assicurato o dell'avente causa)  
.....