

IL SOTTOSCRITTO:	COGNOME:	NOME:	
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:	
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP	
VIA:		TEL.	

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI A SUO CARICO IN CASO DI DICHIARAZIONE

MENDACE, DICHIARA CHE IN DATA _____, ALLE ORE _____, E' AVVENUTO UN SINISTRO, IN LOCALITA' _____ VIA _____ ALL'ALTEZZA DI / PRESSO IL N. CIVICO _____, IN RELAZIONE AL QUALE SONO DERIVATI I SEGUENTI DANNI:

- **DANNI A COSE** (INDICARE I DANNI A COSE COMPILANDO, IN CASO DI DANNI A VEICOLI, IL RIQUADRO SUCCESSIVO)

N. TARGA VEICOLO DANNEGGIATO:	DATI DEL PROPRIETARIO (se diverso dal dichiarante):	
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP
VIA:	TEL.	FAX
GRADO DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE (SE PERSONA DIVERSA):		

- **DANNI ALLE PERSONE** (PRECISARE DI SEGUITO, INDICANDO NEL RIQUADRO SUCCESSIVO GLI ESTREMI DELL'INFORTUNATO)

NOME INFORTUNATO:	COGNOME INFORTUNATO:	
NATO A:	PROVINCIA DI:	IL:
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP
VIA:	TEL.	FAX
GRADO DI PARENTELA CON IL DICHIARANTE (SE PERSONA DIVERSA):		

BREVE DESCRIZIONE DELLA MODALITA' DEL SINISTRO

PRECISAZIONI SULLE CONDIZIONI AMBIENTALI AL MOMENTO DEL SINISTRO:

- VISIBILITA'

OTTIMA
 BUONA
 DISCRETA
 SCARSA

- CONDIZIONI METEO:

SERENO
 PIOGGIA
 NEBBIA
 NEVE
 ALTRO (precisare) _____

- EVENTUALE PRESENZA SUL LUOGO DI CANTIERI:

SI
 NO

SE SI', PRECISARE BREVEMENTE :

- EVENTUALE PRESENZA SUL LUOGO DI TESTIMONI:

SI NO

SE SI, COMPILARE DI SEGUITO INDICANDONE GLI ESTREMI :

TESTIMONE 1:	COGNOME:	NOME:	
DOCUMENTO D'IDENTITA':	TEL.	FAX	
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP	
VIA:			

TESTIMONE 2:	COGNOME:	NOME:	
DOCUMENTO D'IDENTITA':	TEL.	FAX	
RESIDENTE A:	PROVINCIA DI:	CAP	
VIA:			

- EVENTUALE INTERVENTO DI AUTORITA'

SI NO

SE SI, INDICARE AUTORITA' INTERVENUTA

VIGILI URBANI CARABINIERI POLIZIA ALTRO

SE NO, INDICARE IL MOTIVO PER IL QUALE NON SONO STATE CHIAMATE LE AUTORITA' PER L'ACCERTAMENTO IMMEDIATO DEI DANNI:

- EVENTUALE INTERVENTO DI AMBULANZA/SOCCORSO SANITARIO (IN CASO DI LESIONI)

SI NO

SE NO, INDICARE IL MOTIVO PER IL QUALE NON E' STATO RICHIESTO L'INTERVENTO DI AMBULANZA / SOCCORSO SANITARIO:

DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA RICHIESTA RISARCIMENTO:

- Fotografie del luogo del sinistro
- Fotografie raffiguranti il danno
- Fotocopia preventivo della riparazione
- Fotocopia fattura della riparazione
- Fotocopia certificazione medica delle lesioni subite
- Fotocopia spese mediche sostenute
- Fotocopia libretto di circolazione

Altre eventuali dichiarazioni:

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA DEL CONDUCENTE (OVE PRESENTE)

FIRMA DEL/ TESTIMONE/I

FIRMA DEL DENUNCIANTE

ALLEGATI:

N. _____ FOGLI

Il sottoscritto danneggiato autorizza al trattamento di tutti i dati personali necessari alla gestione della pratica, inclusi i dati sensibili, anche con riferimento ad eventuali future perizie medico legali disposte dalla Compagnia assicurativa di CLARA S.p.A., relativamente alle quali la Società potrà richiedere alla Compagnia stessa l'accesso agli atti.

FIRMA DEL DENUNCIANTE
