

Assigall Srl
☎ 0331 790133
✉ sinistri@assigall.it
📞 340 8866999

DENUNCIA KASKO

Compagnia _____ Polizza N. _____

Data Sinistro _____ Avvenuto a _____

Assicurato (nome, cognome e C.F.) _____

Indirizzo (via cap città) _____

IBAN – Banca _____

Cellulare _____ E-mail _____

Veicolo assicurato (marca e modello) _____

Targa _____

Guidatore (nome, cognome e CF) _____

Indirizzo (via, cap, città) _____

Patente nr. _____ Data di scadenza _____

Testimoni
(nome, cognome e CF)

Danni al veicolo

Officina presso la quale
verrà riparato il veicolo

Descrizione
del sinistro

Località e data

In Fede

NB: Affinché si possa procedere ad una corretta apertura del sinistro, il modulo deve essere compilato in ogni campo.