

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.**