Assigall Srl
0331 790133
sinistri@assigall.it
340 8866999

DENUNCIA SINISTRO INCENDIO

Compagnia _____ Polizza N. _____

Data Sinistro _____ Avvenuto a _____

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

Indirizzo (via cap città) _____

IBAN – Banca _____

Cellulare _____ E-mail _____

Partite danneggiate

_____

_____

_____

Danno presunto

_____

_____

_____

Descrizione del fatto

Località e data

_____

In Fede

_____

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