

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO - M_01

Si prega di voler compilare il presente modulo in ogni sua parte ed inviarlo sottoscritto al seguente indirizzo:

Cardif- Back Office Protezione-Uff.Sinistri
Casella Postale 421 – c.a.p. 20123 Milano (MI)

Tel.: 800.900.780
Fax: 02 30329810

Dati del Veicolo Assicurato

Tipo: Nuovo Usato Marca _____ Modello _____
Numero targa _____ Numero telaio _____
Data prima immatricolazione _____ Provincia prima immatricolazione _____

Dati dell'Assicurato

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____
Indirizzo di recapito _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Tel.: _____ Tel. ufficio: _____ Cell.: _____ Fax: _____
Condizione lavorativa al momento del sinistro (barrare la casella):
 Lavoratore dipendente (Pubblico) Lavoratore dipendente (Privato) Lavoratore autonomo Studente
 Casalinga Pensionato Altro _____

Dati del Dichiarante "(solo nei casi in cui la dichiarazione non può essere compilata dall'Assicurato)"

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____
Indirizzo di recapito _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Tel.: _____ Tel. ufficio: _____ Cell.: _____ Fax: _____
Rapporto di parentela con l'Assicurato: Coniuge Genitore Figlio Nessuno Altro _____

N. Sottoscrizione: " _____ "

Tipo di sinistro

Data di accadimento del sinistro _____ Luogo di accadimento del sinistro _____
Garanzia per cui denuncia il sinistro: Invalidità totale permanente Decesso Malattia grave
 Inabilità temporanea al lavoro Perdita di impiego Altro
Descrizione dell'accaduto _____

Luogo e data _____
Firma dell'Assicurato _____