



LIGURIA - Società di Assicurazioni S.p.A.

Sede Sociale e Direz. Gen.: Via Milano, 2 - 20090 SEGRATE (MI) I - Tel. 02/21608.1 - Fax 02/21608200 - www.liguriassicurazioni.it
Cap. Soc. € 23.000.000 i.v. - P. IVA n. 11929770151 - Codice Fiscale e Reg. Impr. n. 00436950109 - REA n. 1369659
Iscritta all'Albo Imprese presso l'ISVAP al n. 1.00009. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
a norma art. 65 R.D.L. 29-4-1923 n. 966 (G.U. 14-5-1923 n. 112). Gruppo assicurativo FONDIARIA-SAI,
iscritto al n. 030 dell'Albo Gruppi Assicurativi. Direzione e coordinamento FONDIARIA-SAI S.p.A.

GRUPPO
FONDIARIA-SAI



DENUNCIA DI SINISTRO R. E.

_____ sottoscritto _____ Tel./Cell. _____

residente in _____

nato il _____ di professione _____ denuncia il sinistro avvenuto alle

ore _____ del _____ in _____ che ha colpito la polizza N. _____

Descrizione particolareggiata: _____

INCENDIO

L'ammontare del danno è valutato in € _____ l'incendio è stato causato da _____

Il sottoscritto assume l'obbligo di conservare intatte tutte le tracce del sinistro e di custodire le cose assicurate rimaste incolumi o danneggiate, fino a che sia stata espletata la regolare inchiesta dell'Autorità competente ed eseguita la perizia del danno da parte della Società.

FURTO

L'ammontare del danno è valutato in € _____ . I ladri si sono introdotti da _____

mediante _____

come risulta dalla allegata denuncia di furto presentata il _____

presso ⁽¹⁾ _____ conformemente al disposto delle Condizioni Generali di Polizza.

Il sottoscritto assume l'obbligo di conservare intatte tutte le tracce del sinistro e di custodire le cose assicurate rimaste incolumi o danneggiate, fino a che sia stata espletata la regolare inchiesta dell'Autorità competente ed eseguita la perizia del danno da parte della Società.

INFORTUNIO

Targa ⁽²⁾ _____ . Le conseguenze dell'infortunio sono descritte nel certificato del _____

rilasciato dal Medico Dott. _____ che viene allegato alla presente denuncia,

le prime cure sono state prestate a _____ alle ore _____ del _____

All'infortunio hanno assistito o sono sopravvenuti i Sigg. _____

Lavoro od occupazione alla quale attendeva l'Assicurato al momento dell'infortunio _____

Infortuni precedenti (Modalità e data) _____

Altre assicurazioni infortuni in corso (Specificare Compagnia e capitali assicurati). _____

Il sottoscritto dichiara che le indicazioni date sono conformi al vero e ne assume piena responsabilità.

(Data)

(Firma del Contraente)

(Firma dell'Assicurato)

⁽¹⁾ Specificare se presentata presso: CARABINIERI, POLIZIA, ALTRO.

⁽²⁾ Da indicare in caso di sinistro su Polizza INFORTUNI AUTO.