

Denuncia di sinistro INCENDIO

Tutti i campi con scritta rossa sono da compilare OBBLIGATORIAMENTE

POLIZZA: Agenzia /Ramo
815

/Polizza

DATI DI CONTRAENTE:

COGNOME : NOME :
DENOMINAZIONE :
E-MAIL : TELEFONO :
INDIRIZZO :
CITTÀ :
PROV. : CAP :

DATI ASSICURATO:

COGNOME : NOME :
DENOMINAZIONE :
INDIRIZZO :
CITTÀ :
PROV. : CAP :
DATA SINISTRO : LUOGO
SINISTRO :

ENTITA '
PRESUNTA DEL
DANNO IN €:

AUTORITA '
INTERVENUTE :

DESCRIZIONE
EVENTO :

SI PREGA DOPO AVER COMPILATO IL MODULO DI SALVARLO ED INVIARLO A:
sinistri@muscoassicurazioni.it