

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo pr ovvedimento lsvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità? **si** **no**

Quale Autorità è intervenuta? **CC** **P.S.** **VV.UU.**

| veicolo A | |
|--|--|
| TARGA _____ | |
| Testimone | |
| Nome e cognome _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Indirizzo _____ | |
| Tel. _____ | |
| Testimone | |
| Nome e cognome _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Indirizzo _____ | |
| Tel. _____ | |
| Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato) | |
| Nome e cognome o Denominazione sociale _____ | |
| Indirizzo (Comune, via e numero) _____ | |
| C.A.P. _____ Provincia _____ | |
| Luogo e data di nascita _____ | |
| Codice fiscale/Partita IVA _____ | |
| Ferito (Barrare solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> | |
| Nome e cognome _____ | |
| Indirizzo (Comune, via e numero) _____ | |
| Luogo e data di nascita _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no | |
| Nome Pronto Soccorso _____ | |
| Comune _____ | |
| Ferito (Barrare solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> | |
| Nome e cognome _____ | |
| Indirizzo (Comune, via e numero) _____ | |
| Luogo e data di nascita _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no | |
| Nome Pronto Soccorso _____ | |
| Comune _____ | |

| veicolo B | |
|--|--|
| TARGA _____ | |
| Testimone | |
| Nome e cognome _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Indirizzo _____ | |
| Tel. _____ | |
| Testimone | |
| Nome e cognome _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Indirizzo _____ | |
| Tel. _____ | |
| Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato) | |
| Nome e cognome o Denominazione sociale _____ | |
| Indirizzo (Comune, via e numero) _____ | |
| C.A.P. _____ Provincia _____ | |
| Luogo e data di nascita _____ | |
| Codice fiscale/Partita IVA _____ | |
| Ferito (Barrare solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> | |
| Nome e cognome _____ | |
| Indirizzo (Comune, via e numero) _____ | |
| Luogo e data di nascita _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no | |
| Nome Pronto Soccorso _____ | |
| Comune _____ | |
| Ferito (Barrare solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> | |
| Nome e cognome _____ | |
| Indirizzo (Comune, via e numero) _____ | |
| Luogo e data di nascita _____ | |
| Codice fiscale _____ | |
| Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no | |
| Nome Pronto Soccorso _____ | |
| Comune _____ | |