

MODULO DANNO MATERIALE

QUANDO: _____ ORA: _____ LUOGO: _____
AUTORITÀ INTERVENUTE: _____ TESTIMONI: _____
TIPO CLIENTE: _____ TIPO DANNO: _____
COGNOME: _____ NOME: _____
ETÀ: _____ INDIRIZZO: _____
TEL: _____ E-MAIL: _____
ATTIVITÀ LAVORATIVA: _____ REDDITO ANNUO: _____
HA DIRITTO O NON HA DIRITTO A PRESTAZIONI INPS O INAIL: _____
MEZZO: _____ TARGA: _____
ASSICURAZIONE: _____ AGENZIA: _____
POLIZZE INFORTUNI: _____

DINAMICA DELL'INCIDENTE:

DISEGNO DELL'INCIDENTE:

CONTROPARTE

PROPIETARIO: _____

INDIRIZZO: _____

TEL: _____

CONDUCENTE: _____

INDIRIZZO: _____

TEL: _____

MEZZO: _____ TARGA: _____

ASSICURAZIONE: _____ AGENZIA: _____

REPERIRE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

DOCUMENTO DI IDENTITÀ

CODICE FISCALE

CERTIFICATO MEDICO

MODELLO CID (ANCHE MONOFIRMATARIO)