



TRAIANO ASSICURAZIONI

Consulenti

Spett. Le Traiano Assicurazioni srl

e-mail sinistri@traianoassicurazioni.it

DICHIARAZIONE DI DISCONOSCIMENTO DEL FATTO STORICO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ il ____/____/____

Proprietario/a del veicolo marca/modello _____

targato _____, assicurato con la Compagnia _____ con polizza

n. _____

SOTTO LA PROPRIA PIENA RESPONSABILITA' DICHIARA

che in data ____/____/____ il veicolo di cui sopra non è stato coinvolto nel sinistro avvenuto in

Provincia di _____ con il veicolo targato _____ ed assicurato

con la Compagnia _____

Dichiara altresì che il veicolo suddetto nel giorno del presunto sinistro si trovava:

Data ____/____/____ Luogo : _____

Firma del dichiarante: _____

N.B.: Allegare documento di identità in corso di validità del dichiarante

C.SO TRAIANO N. 2, 10135 TORINO

WWW.TRAIANOASSICURAZIONI.IT | INFO@TRAIANOASSICURAZIONI.IT

(011) 614279

