

**CONTATTI DEL CONTRAENTE POLIZZA**

Nome \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_

Spett.le **ConTe.it – Admiral Intermediary Services S.A.**

Fax.: 06 83 460 055  
 email: assistenzasinistri@conte.it

OGGETTO: **Richiesta di attivazione garanzie accessorie: Kasko / Mini Kasko (o Collisione) / Infortuni del Conducente****Targa veicolo** \_\_\_\_\_**Polizza n°** \_\_\_\_\_

Sinistro del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg mm aaaa avvenuto alle ore \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
 targhe dei veicoli coinvolti \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (nome, cognome) \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_)  
 proprietario/a del veicolo targato \_\_\_\_\_ assicurato con la Compagnia **Admiral Europe Compañia de Seguros S.A.**  
 con polizza n° \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg mm aaaa e condotto dal/dalla Sig./Sig.ra (nome, cognome) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_) con patente (tipo e numero) \_\_\_\_\_  
 con scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg mm aaaa dichiaro che il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
gg mm aaaa il veicolo in oggetto rimaneva coinvolto nel sinistro di cui sopra.

Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Si richiede l'attivazione della/e Garanzia/e (crocsegnare la casella di interesse):**

**KASKO**       **MINI KASKO (O COLLISIONE)**       **INFORTUNI DEL CONDUCENTE**

Al momento del sinistro era presente il/la/i Sig./Sig.ra/Sig.ri \_\_\_\_\_

la/le cui dichiarazione/i sono riportate nell'apposito modulo in allegato (allegato 1) ( **da compilare solo in caso di presenza di testimoni allegando copia del documento di riconoscimento in corso di validità** )

Sul luogo del sinistro sono intervenute (da compilare solo in caso di intervento delle Autorità es. Polizia, Carabinieri, Vigili Urbani, ecc.) .

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o informazioni o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28. 12. 2000 n. 445 in materia di documentazione amministrativa e acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate, ai sensi del D.Lgs. 196/2003.**

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma proprietario veicolo \_\_\_\_\_

Firma contraente polizza \_\_\_\_\_

Allego alla presente denuncia:

- MODULO CAI (Modulo di constatazione amichevole – denuncia di sinistro)  
 Dichiarazioni testimoniali di cui all'allegato 1

**ALLEGATO 1**  
**DICHIARAZIONE DEL TESTIMONE**  
**(sotto la propria responsabilità civile o penale)**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale (**da allegare in copia**) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento in corso di validità (**da allegare in copia**):

Tipo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_

**Targhe e modelli dei mezzi coinvolti:**

**Veicolo A** Targa \_\_\_\_\_

Marca e modello \_\_\_\_\_

Colore \_\_\_\_\_

**Veicolo B** Targa \_\_\_\_\_

Marca e modello \_\_\_\_\_

Colore \_\_\_\_\_

**Eventuali altri veicoli coinvolti:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data del sinistro \_\_\_\_\_

Ora di accadimento \_\_\_\_\_

Luogo di accadimento \_\_\_\_\_

**Dinamica del sinistro:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Responsabilità** (indicare la targa del mezzo responsabile): \_\_\_\_\_

**Al momento del sinistro, il/la sottoscritto/a si trovava:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

