



Modulo raccolta dati sinistro

Contatti ufficio sinistri: tel. 06 – 65.00.00.87 fax 06 – 233.295.203 e-mail carrozzeria@luccarinisrl.com

SINISTRO DEL ___ / ___ / _____

ORE ___ : ___

LUOGO _____

CLIENTE

AUTO: MARCA _____ TIPO _____ TARGA _____
PROPRIETARIO _____ TEL _____
DOMICILIATO _____
CONDUCENTE _____
ASSICURAZIONE _____ POLIZZA _____ AG _____

CONTROPARTE

AUTO: MARCA _____ TIPO _____ TARGA _____
PROPRIETARIO _____ TEL _____
DOMICILIATO _____
CONDUCENTE _____
ASSICURAZIONE _____ POLIZZA _____ AG _____

TESTIMONI

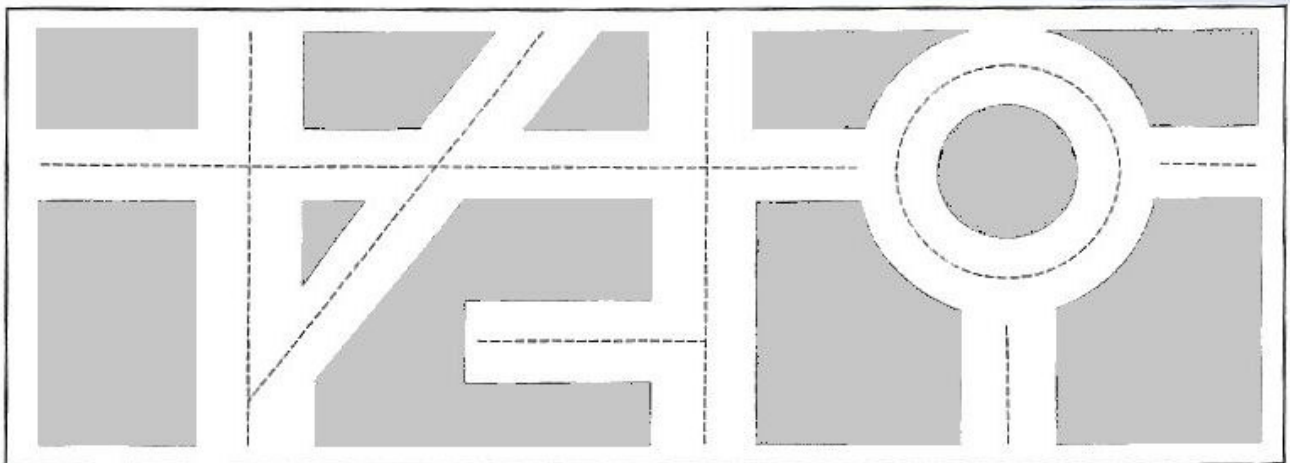
SIG: _____ TEL: _____
SIG: _____ TEL: _____

AUTORITA': _____

PERSONE LESIONATE:

SIG: _____
SIG: _____

GRAFICO DEL SINISTRO



NB: trovare la similitudine con il sinistro occorso e disegnare la dinamica nel grafico.