

Sul luogo dell'incidente sono intervenuti:

Corpo dei Vigili del Fuoco SI NO

Unità medica SI NO

Redatto verbale SI NO

Referto medico SI NO

e le seguenti autorità:

Redatto verbale SI NO

Redatto verbale SI NO

Redatto verbale SI NO

TESTIMONI:

(Cognome e Nome)

(Residenza: indirizzo, cap, città)

(Telef.)

(Cognome e Nome)

(Residenza: indirizzo, cap, città)

(Telef.)

(Cognome e Nome)

(Residenza: indirizzo, cap, città)

(Telef.)

(Cognome e Nome)

(Residenza: indirizzo, cap, città)

(Telef.)

(Cognome e Nome)

(Residenza: indirizzo, cap, città)

(Telef.)

Dichiara inoltre che sono in essere coperture assicurative:

con:

per i rami: Incendio Infortuni RCvT

Compagnia Agenzia n. polizza

Compagnia Agenzia n. polizza

Compagnia Agenzia n. polizza

Data della denuncia:

Firma:

1) E' il soggetto che utilizza l'impianto di utenza (cancellare: PER CONTO DEL CLIENTE).

2) E' il soggetto che presenta la denuncia per conto del Cliente (cancellare: DAL CLIENTE).

Da inviare entro 5 giorni dall'evento a:

CIG - Comitato Italiano Gas Ufficio Assicurazione Via S. Salvo, 1 20097 San Donato Milanese MI