

**ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DEI CLIENTI FINALI CIVILI DEL GAS**  
**ex delib. Authority 152/03**

**DENUNCIA DI SINISTRO PRESENTATA DAL CLIENTE <sup>1)</sup> O PER CONTO DEL CLIENTE <sup>2)</sup>**

Il/La sottoscritto/a o La Società \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome o Ragione Sociale)

Residente o Domiciliato/a in \_\_\_\_\_  
(indirizzo: Via/Piazza/Largo/Frazione) (numero civico)

CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ tel. cellul. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

comunica che il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nell'impianto di utenza n. \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_ alimentato da gas naturale fornito dalla Società

\_\_\_\_\_ con sede in: \_\_\_\_\_  
(ragione sociale) (via e num. civico)

si è verificato il seguente incidente:

(cap, comune e prov.)

**Si sono verificati Danni da Incendio a:** \_\_\_\_\_

(descrizione dei danni a materiali del cliente)

per un ammontare presuntivo di € \_\_\_\_\_

**Infortuni a** \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del cliente e/o dei suoi familiari infortunati)

Si allega certificati medici: SI  NO

**Terzi danneggiati:**

(Cognome e Nome)

(Indirizzo)

(alla persona)

(alle cose)

Sul luogo dell'incidente sono intervenuti:

Corpo dei Vigili del Fuoco SI  NO

Redatto verbale SI  NO

Unità medica 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.)

Dichiara inoltre che sono in essere coperture assicurative:

con:

per i rami: Incendio Infortuni RCvT

Compagnia

Agenzia

n. polizz

Compagnia

Agenzia

n. polizz

Compagnia

Agenzia

n. polizz

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 a seguito dell'evento a:

CIG - Comitato Italiano Gas Ufficio Assicurazione Piazza M. Boldrini, 1 20097 San Donato Milanese