



Inviare il presente modulo con gli allegati richiesti alla propria Associazione Provinciale con raccomandata con ricevuta di ritorno.

ASSICURATO

COGNOME E NOME

TITOLARE DELLA FARMACIA

INDIRIZZO

TELEFONO

FAX

SINISTRO

DATA SINISTRO

LUOGO del SINISTRO

TIPO DI SINISTRO

TERREMOTO

MAREMOTO

ERUZIONE VULCANICA

INONDAZIONE

ALLUVIONE

MAREGGIATA

INCENDIO

Descrizione delle modalità dell'evento

Descrizione delle cose perdute o danneggiate

Stima del danno

Esistono altre assicurazioni per il rischio denunciato?

- SI
 NO

COMPAGNIA _____

N° POLIZZA _____

SOMMA ASSICURATA _____

ALLEGATI

- DENUNCIA ALLE AUTORITÀ
 ELENCO DESCRITTIVO DELLE COSE PERDUTE O DANNEGGIATE
 FOTO

Totale pagine allegata inclusa la presente _____

Data compilazione modulo

firma del dichiarante