

DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

(Tale documento dovrà essere restituito debitamente compilato entro e non oltre il giorno a mezzo e-mail all'indirizzo testimonianze@cattolicaassicurazioni.it)

Sinistro: _____ Avvenuto il _____ alle ore _____
 Località _____ Via _____
 tra il veicolo assicurato targato _____ (A) ed il veicolo di controparte targato _____ (B)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____

doc. di riconoscimento _____ C.F. _____

in qualità di: Passante Trasportato Altro _____

HO VISTO che:

VEICOLO A	<input type="checkbox"/>	in fermata / in sosta	<input type="checkbox"/>	VEICOLO B
	<input type="checkbox"/>	ripartiva dopo una sosta / apriva una portiera	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	cambiava fila	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	sorpassava	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	girava a destra	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	girava a sinistra	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	retrocedeva	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	proveniva da destra	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<input type="checkbox"/>		
Altro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Altro

Dichiaro che, al momento dell'evento, non ero conducente né proprietario/contraente/assicurato.

Data ___/___/___

firma (obbligatoria)

OBBLIGATORIO ALLEGARE:

- COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE
- COPIA CODICE FISCALE DEL DICHIARANTE

INFORMATIVA RIGUARDANTE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 2016/679 e successive modificazioni)

La Società Cattolica Assicurazioni con sede in Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona Titolare del trattamento dei dati, utilizzerà i dati forniti dall'interessato, archiviandoli nei propri sistemi, nel rispetto delle norme vigenti ed al solo fine di gestire il sinistro per il quale gli stessi sono stati conferiti. I dati potranno essere comunicati alla Compagnia di controparte ma non saranno diffusi. Per l'esercizio dei diritti ex artt. 15 e s.s. del REG. UE, l'interessato potrà rivolgersi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica, dpo@cattolicaassicurazioni.it. Per maggiori informazioni consulti la sezione privacy sul sito della Società www.cattolica.it.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma in difetto il Titolare non potrà dare corso alle operazioni di trattamento descritte. Pertanto relativamente alla finalità di gestione del sinistro e di comunicazione dei dati alla Compagnia di controparte:

consento non consento

Luogo, data e firma
