

Avviso di sinistro

(collisione)

Polizza n.	
Compagnia assicurativa	
1. Contraente	
Cognome, nome/azienda	
Via	
NPA, luogo	
Telefono privato	
Telefono ufficio	
Indirizzo e-mail	
È assoggettato/-a al pagamento dell'IVA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> conteggio forfettario
N. IVA	
2. Dati del veicolo	
Genere del veicolo	
Marca e tipo	
Numero di targa	
1° messa in circolazione	
Numero di matricola	
Chilometraggio	
3. Conducente del veicolo al momento del sinistro	
Cognome, nome	
Via	
NPA, luogo	
Telefono privato	
Telefono ufficio	
Data di nascita	
Nazionalità	
Per stranieri indicare il permesso di soggiorno	
Licenza di condurre del conducente	
Dati della licenza di condurre	
Categoria	
Il conducente ha utilizzato il veicolo con il suo permesso?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Utilizzo del veicolo al momento dell'incidente?	
---	--

Il conducente lavora per lei?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
-------------------------------	---

Il conducente è suo parente?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
------------------------------	---

4. Evento

Data	
------	--

Ora (0-24)	
------------	--

Luogo e via	
-------------	--

L'evento ha avuto luogo	<input type="checkbox"/> nell'abitato <input type="checkbox"/> fuori dall'abitato
-------------------------	---

Il conducente si ritiene:	<input type="checkbox"/> colpevole <input type="checkbox"/> non colpevole <input type="checkbox"/> parzialmente colpevole
---------------------------	---

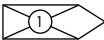
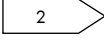
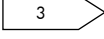



Rapporto di polizia?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
----------------------	---

Presso quale posto di polizia?	
--------------------------------	--

Testimoni (cognome, indirizzo, telefono)	
--	--

5. Circostanze

Descrizione esatta dell'incidente	Per una descrizione dettagliata, utilizzare la pagina 3.
-----------------------------------	--

Descrizione con schizzo Veicolo proprio  Veicolo altrui  Veicolo ulteriore  Motociclista  Ciclista  Pedone 	In caso di invio tramite e-mail, allegare il file dello schizzo separatamente. (Schizzo allegato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no)
---	---

6. Danni al proprio veicolo

Natura del danno	
------------------	--

Si è rivolto/-a a un'autofficina? (Ditta, indirizzo)	
--	--

Quando?	
---------	--

Ammontare del danno	CHF
---------------------	-----

7. Protezione giuridica

Possiede una protezione giuridica? sì no

Il caso è stato notificato? sì no

8. Pagamento

Cognome, nome, indirizzo

N. del conto postale o bancario

Banca/filiale

9. Firma

Luogo, data

Firma

Il/la sottoscritto/-a autorizza la società ad richiedere a altri assicuratori o a terzi informazioni concernenti il sinistro e a prendere visione di tutti gli atti ufficiali e giudiziari in relazione al sinistro. Inoltre il/la sottoscritto/-a autorizza i medici e i terzi interpellati dalla società a fornire alla stessa o al suo servizio medico tutte le informazioni richieste in relazione al sinistro. Il/la sottoscritto/-a consente che la società trasmetta, nella misura necessaria, ad altri assicuratori, più precisamente ai coassicuratori in Svizzera e all'estero, dati inerenti al sinistro. La compagnia di assicurazioni non è vincolata a eventuali dichiarazioni di responsabilità rilasciate dal contraente.

Testo aggiuntivo:

Inviare

Stampare

