

Assicurazione responsabilità civile

Dichiarazione di sinistro (Per sinistri concernenti veicoli a motore, vogliate utilizzare la dichiarazione speciale)

N° di telefono per l'annuncio immediato di un sinistro

0800 809 809

N° polizza

Prenditore d'assicurazione

Nome/cognome		Data di nascita	Stato civile
Ditta		Conto postale o bancario n°	
Professione/ramo		Banca/filiale di	
Via		Sottoposto all'IVA	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
NPA/luogo		N° IVA	
Tel. privato	cellulare	Siete affiliato ad una società di protezione giuridica?	
Tel. ufficio	cellulare	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Fax	E-Mail	Quale?	
		Avete annunciato il caso?	
		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì

Se il danno è stato cagionato da un membro della famiglia o da un vostro dipendente

Nome/cognome		Data di nascita	Stato civile
Via		Grado di parentela con il prenditore d'assicurazione	
NPA/luogo			
		Funzione nell'impresa	

Sinistro

Data	Ora (0-24)	Il sinistro si è verificato nell'ambito dei lavori di un consorzio d'impresa?	
Via		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
NPA/luogo		Nome ed indirizzo del consorzio	
È stata fatta un'inchiesta ufficiale?		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì
Da parte di chi?			

Descrizione del sinistro (da riempire anche qualora sia stato stilato un rapporto di polizza)

Schizzo

Testimoni

a) Nome/cognome	Tel. privato	cellulare
Via	Tel. ufficio	cellulare
NPA/luogo	Fax	E-Mail
b) Nome/cognome	Tel. privato	cellulare
Via	Tel. ufficio	cellulare
NPA/luogo	Fax	E-Mail
c) Nome/cognome	Tel. privato	cellulare
Via	Tel. ufficio	cellulare
NPA/luogo	Fax	E-Mail

Vostro parere sull'incidente

<input type="checkbox"/> Materiale difettoso, impianti difettosi	Motivazione
<input type="checkbox"/> Colpa da parte vostra, di un membro della vostra famiglia, del vostro personale	
<input type="checkbox"/> Colpa del danneggiato	
<input type="checkbox"/> Colpa una terza persona	
Nome/cognome	
Via	
NPA/luogo	

Lesioni corporali o morte di persone

a) Nome/cognome	Stato civile	Data di nascita
Via		(lasciare vuoto)
NPA/luogo	Datore di lavoro	
Professione	Di quali lesioni si tratta?	(lasciare vuoto)
Nome ed indirizzo del medico curante, rispettivamente dell'ospedale		

b) Nome/cognome _____

Via _____

NPA/luogo _____

Professione _____

Nome ed indirizzo del medico curante, rispettivamente dell'ospedale _____

I feriti sono assicurati contro gli infortuni? _____

no sì

In quale grado? _____

Stato civile _____

Data di nascita _____

(lasciare vuoto)

Datore di lavoro _____

Di quali lesioni si tratta? _____

(lasciare vuoto)

Presso quale società o cassa malati? _____

Danni materiali o distruzione di cose di proprietà di terzi

Oggetto 1 _____

Genere del danno _____

Nome/cognome del proprietario _____

Via _____

NPA/luogo _____

Oggetto 2 _____

Genere del danno _____

Nome/cognome del proprietario _____

Via _____

NPA/luogo _____

I danneggiati sono parenti del detentore? _____

no sì

In quale grado? _____

Dove si trova _____

Danno presumibile CHF _____

(lasciare vuoto)

Assicurato presso quale compagnia? _____

Sottoposto all'IVA no sì

N° IVA _____

Dove si trova _____

Danno presumibile CHF _____

(lasciare vuoto)

Assicurato presso quale compagnia? _____

Sottoposto all'IVA no sì

N° IVA _____

Domande complementari

I danneggiati sono parenti del prenditore d'assicurazione o della persona che provocò il sinistro? _____

no sì

In quale grado? _____

Il prenditore d'assicurazione o la persona che ha causato il danno stavano svolgendo un'attività per conto dei danneggiati? _____

I danneggiati erano al servizio del prenditore d'assicurazione o della persona che provocò il sinistro? _____

no sì

In che qualità? _____

I danneggiati hanno già sollevato pretese? _____

Per quale importo? CHF _____

Il prenditore d'assicurazione e l'assicurato non possono riconoscere pretese di risarcimento, senza la preventiva autorizzazione della Winterthur. I sottoscritti autorizzano la Winterthur a prendere visione degli atti ufficiali, degli atti medici nonché degli atti LAINF o LAMAL. Oltre a ciò, si dichiarano d'accordo che la Winterthur possa mettere a disposizione dati utili alla trattazione del caso a terzi, in special modo ad assicuratori coinvolti e che possa pure richiedere informazioni necessarie da quest'ultimi.

Luogo e data _____

Firma dell'assicurato (a meno che non sia identica con il prenditore d'assicurazione) _____

Firma del prenditore d'assicurazione _____