



Notifica di sinistro per l'assicurazione mobilia domestica e stabili

1. Persona assicurata

Compilare in modo completo tutti i campi

Cognome	<input type="text"/>	Numero di polizza	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
Via/no. civico	<input type="text"/>	Telefono (di giorno)	<input type="text"/>
NPA/località	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

2. Evento del sinistro

Compilare in modo completo tutti i campi

Data del sinistro	<input type="text"/>	Ora del sinistro	<input type="text"/>		
Luogo del sinistro <input type="text"/>					
Causa del sinistro	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Forze della natura	<input type="checkbox"/> Furto	<input type="checkbox"/> Acqua	<input type="checkbox"/> Vetri
Dinamica del sinistro					
<input type="text"/>					

3. Rapporto di polizia

No Sì, da parte della stazione di polizia

4. Entità del sinistro

Alla propria mobilia domestica

Si prega di allegare giustificativi originali e le foto

Tipo di oggetto	Descrizione	Prezzo	Acquistato presso/anno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Allo stabile

Si prega di allegare giustificativi originali e le foto

Tipo di sinistro e locali interessati

Ammontare delle previste spese di riparazione

5. Proprietario

Dati sul proprietario degli oggetti interessati

Cognome

Via/no. civico

Nome

NPA/località

Dati sul proprietario degli stabili interessati

Cognome

Via/no. civico

Nome

NPA/località

6. Altra assicurazione

Le cose interessate dal sinistro sono assicurate anche altrove?

No

Sì, presso l'assicurazione

7. Autore del sinistro

Si sa chi è l'autore del sinistro?

No

Sì

Cognome

Via/no. civico

Nome

NPA/località

L'autore del sinistro possiede un'assicurazione di responsabilità civile?

No

Sì

Cognome

Via/no. civico

Nome

NPA/località

8. Osservazioni

9. Avvertenze legali

Nota bene

Apponendo la firma il sottoscritto dichiara che Sympany è autorizzata a prendere visione degli atti o a richiedere informazioni in relazione al caso di sinistro e esonera le autorità cantonali, gli assicuratori, il personale medico ecc. dall'obbligo di segretezza legale o contrattuale nei confronti di Sympany.

Firmare qui e ritornare per posta o e-mail all'indirizzo indicato sopra

Luogo e data

Firma