



Notifica di sinistro per l'assicurazione veicoli a motore

1. Persona assicurata

Compilare in modo completo tutti i campi

Cognome

Nome

Via/no. civico

NPA/località

Numero di polizza

Data di nascita

Telefono (di giorno)

E-mail

2. Lenker des Fahrzeugs

Cognome

Nome

Via/no. civico

NPA/località

Data di nascita

Licenza di condurre dal

Telefono (di giorno)

E-mail

3. Tipo di veicolo

Marca e tipo

Numero di matricola

Targhe

Si prega di compilare per intero tutti i campi compreso lo schizzo

4. Evento del sinistro

Data del sinistro

Luogo del sinistro

Dinamica del sinistro: descrizione

Schadenzeit

Schizzo

Si ritiene colpevole?

In parte

No

Sì



5. Rapporto di polizia

No Sì, da parte della stazione di polizia

6. Testimoni

1° testimone	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
2° testimone	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>

7. Persone ferite

1ª persona ferita	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
	Telefono (di giorno)	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
	Tipo di lesioni	<input type="text"/>		
Medico curante	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
2ª persona ferita	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
	Telefono (di giorno)	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
	Tipo di lesioni	<input type="text"/>		
Medico curante	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>

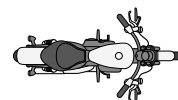
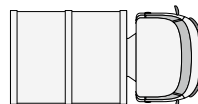
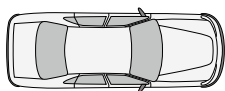
8. Danni a cose di terzi

Veicolo di terzi danneggiato

Dati sul detentore del veicolo	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
Dati sul veicolo	Marca, tipo	<input type="text"/>	Targa	<input type="text"/>
	Assicurazione presso	<input type="text"/>		
	Dove può essere visionato il veicolo e a partire da quando?	<input type="text"/>		



Si prega di contrassegnare il danno sul veicolo



Ammontare delle previste spese di riparazione

Cose di terzi danneggiate

Dati sul proprietario
degli oggetti interessati

Cognome

Via/no. civico

Nome

NPA/località

Oggetto

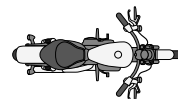
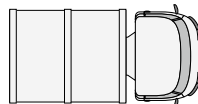
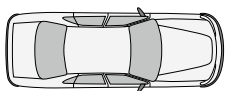
Entità del danno

9. Danni materiali al proprio veicolo

In caso di collisione
con animali si prega di
fornire il rapporto della
guardia forestale

Dove può essere visionato il veicolo e a partire da quando?

Si prega di contrassegnare il danno sul veicolo



Ammontare delle previste spese di riparazione

10. Osservazioni

11. 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