



Notifica di sinistro per l'assicurazione di responsabilità civile privata e stabili

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. Autore del sinistro

Cognome

Nome

Via/no. civico

NPA/località

Data di nascita

Telefono (di giorno)

E-mail

3. Evento del sinistro

Compilare in modo completo tutti i campi

Data del sinistro

Luogo del sinistro

Dinamica del sinistro

Ora del sinistro

Si ritiene colpevole?

In parte

No

Sì

4. Rapporto di polizia

No

Sì, da parte della stazione di polizia



5. 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"/>

6. 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"/>

7. Danni materiali a terzi

Cose di terzi danneggiate

Dati sul proprietario dell'oggetto	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>
	Oggetto	<input type="text"/>		
	Entità del danno	<input type="text"/>		
	Ammontare delle previste spese di riparazione	<input type="text"/>		
	Dove si possono visionare le cose?	<input type="text"/>		
	Cognome	<input type="text"/>	Via/no. civico	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>	NPA/località	<input type="text"/>



Veicolo danneggiato di terzi

Dati sul detentore
del veicolo

Cognome

Via/no. civico

Nome

NPA/località

Dati sul veicolo

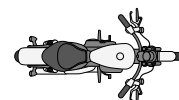
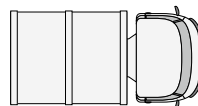
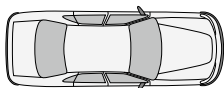
Marca, tipo

Targa

Assicurazione presso

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

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