

Notifica sinistro

Responsabilità civile privata/Responsabilità civile del proprietario di immobili

Questo formulario deve essere compilato dalla persona assicurata, rispettivamente dal suo rappresentante legale. Si dovrà dare una risposta completa a tutte le domande che riguardano il caso in questione, e il formulario firmato dovrà poi essere quanto prima inviato all'indirizzo menzionato alla fine del documento. Nel caso vi siano domande, il Contact Center, al n° di telefono 0844 277 888 sarà lieto di poter essere d'aiuto. Molte grazie.

Numero cliente

1 Informazioni generali

1.1 Persona assicurata

Nome

Cognome

Data di nascita

Via, N°

NPA/Località

1.2 Contatto

Telefono privato

Natel

Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla?

Dove?

Privato

Natel

Ufficio

E-Mail

2 Indicazioni relative al sinistro

2.1 Data/Luogo del sinistro

Data

Ora

Via, N°

NPA/Località

2.2 Causa/Dinamica del sinistro

2.3 Chi ha causato il danno?

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono privato	Natel	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	Dove? <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Natel <input type="checkbox"/> Ufficio	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Professione	Datore di lavoro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.4 Vi sono ulteriori persone colpevoli?

Sì No

In caso affermativo, chi?

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3 Denuncia presso la polizia

3.1 Denunciante

Nome	Cognome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data della denuncia	Posto di polizia	Agente di polizia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Rapporto di polizia Sì No

3.3 1. Testimone

Nome	Cognome	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Si prega di citare degli ulteriori testimoni su un foglio separato.

4 Danni su beni di terzi

4.1 Terze persone danneggiate (proprietario oggetto/stabile)

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono privato	Natel	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	Dove? <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Natel <input type="checkbox"/> Ufficio	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Danno

Tipo del danno		
<input type="text"/>		
Età dell'oggetto	Luogo di sopralluogo	Entità del danno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Esistono ulteriori assicurazioni a copertura degli oggetti suddetti?

<input type="checkbox"/> Casco parziale	<input type="checkbox"/> Casco totale	<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Furto
<input type="checkbox"/> Rottura di vetri	<input type="checkbox"/> Danni da acqua	<input type="checkbox"/> Oggetti di valore	<input type="checkbox"/> Responsabilità civile
<input type="checkbox"/> Altra, quale	<input type="text"/>		

Presso quale compagnia di assicurazioni?	Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza)	Il caso è stato notificato a questa assicurazione?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Presso quale compagnia di assicurazioni?	Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza)	Il caso è stato notificato a questa assicurazione?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Si prega di citare delle ulteriori persone o parti danneggiate su un foglio separato.

5 Danni del locatario

5.1 Durata dell'affitto (Allegare verbale di presa in consegna e di consegna dell'oggetto in affitto)

Data inizio affitto	Data fine affitto	Data dell'ultima ristrutturazione
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Persone lese

6.1 Persona lesa

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono privato	Natel	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	Dove? <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Natel <input type="checkbox"/> Ufficio	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Professione	Datore di lavoro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Lesione

Tipo della lesione
<input type="text"/>

Medico / Ospedale intervenuto

Nome

Cognome

Ospedale

Via, N°

NPA/Località

Dov'è assicurata contro l'infortunio la persona lesa?

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza / N° sinistro

Si prega di citare delle ulteriori persone ferite su un foglio separato.

7 Diritti di risarcimento

7.1 Sono stati fatti valere dei diritti di risarcimento nei Suoi confronti?

Sì No

In caso affermativo, da chi?

Nome

Cognome

Via, N°

NPA/Località

8 Domanda integrativa

8.1 Lei abita in comunione domestica con la persona danneggiata?

Sì No

8.2 Lei è parente della persona danneggiata?

Sì No

9 Pagamento a

9.1 Nome e indirizzo del destinatario

Nome

Cognome

Via, N°

NPA/Località

9.2 Coordinate bancarie del destinatario

IBAN

Nominativo del istituto finanziario

10 Conferma

10.1 Io/noi siamo in possesso di un'assicurazione di protezione giuridica

Sì No

In caso affermativo, presso quale compagnia di assicurazioni?

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza / N° sinistro

Osservazioni

La sottoscritta/Il sottoscritto dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di tutte le pagine.

Senza autorizzazione da parte della CSS Assicurazione non possono essere riconosciute pretese.

Con la firma apposta sulla notifica d'infortunio, la CSS Assicurazione viene autorizzata a fornire informazioni, risp. a richiedere informazioni necessarie a valutare la copertura assicurativa a medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati e autorità, risp. ai loro medici della società e ai loro medici di fiducia, tenendo presente le disposizioni giuridiche concernenti la protezione dei dati. Le istanze coinvolte sono in questi casi svincolate dal loro obbligo alla riservatezza e dal loro segreto professionale nei confronti della CSS Assicurazione.

La sottoscritta/Il sottoscritto ha il diritto di richiedere informazioni concernenti i dati che la/lo riguardano. L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere revocata in qualsiasi momento.

Soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal): CSS Assicurazione Malattie SA, soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA

Luogo

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Inviare a:
CSS Assicurazione
Centro di competenza ass. speciali
Casella Postale 2568
6002 Lucerna