ARISCO
RISK CONSULTANTS

DICHIARAZIONE DI SINISTRO 1/3
Assicurazione veicoli a motore

1. CONTRAENTE D'ASSICURAZIONE

Nome/azienda		Società	
Indirizzo		Numero polizza	
Telefono		Numero del caso	
Contatto		Conto postale o bancario	
E-mail		Soggetto IVA	○ Sì ○ No

2. SINISTRO

Data del sinistro		Luogo del sinistro	
Ora del sinistro		Località precisa	

Dinamica del sinistro (se necessario, allegare un disegno)

Rapporto della polizia ○ No ○ Sì – Dipartimento

3. CONDUCENTE DEL VEICOLO – VEICOLO PROPRIO

Cognome		Nome	
Data di nascita		Indirizzo	
CAP/Località		Data dell'esame di guida/Categoria	
Telefono		E-mail	
Veicolo proprio		Marca e tipo	
Numero di targa		Numero di matricola	

4. DANNEGGIAMENTO DEL PROPRIO VEICOLO

Tipo di danno/Gravità del danno	
Luogo d'ispezione	
Azienda di riparazione	

5. DANNEGGIAMENTO DEL VEICOLO ALTRUI

Nome proprietario		Telefono privato	
Indirizzo		Telefono ufficio	
Nome conducente		Telefono privato	
Indirizzo		Telefono ufficio	
Marca/Tipo/Numero targa		Dove avverrà la riparazione?	
Assicuratore dell'autovettura		Quando avverrà?	
Probabile somma del danno		Telefono officina	

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DICHIARAZIONE DI SINISTRO 2/3
Assicurazione veicoli a motore

6. DANNEGGIAMENTO E DISTRUZIONE DI OGGETTI O ANIMALI ALTRUI

Quali oggetti sono stati danneggiati (in caso di veicolo a motore, indicare marca e numere di targe?	In che cosa consiste il danno?
a)	
b)	

Cognome/Nome/Indirizzo del proprietario	Somma del danno
a)	
b)	

Dove è possibile ispezionare l'oggetto danneggiato?	Assicuratore
a)	
b)	

La parte civile danneggiata e l'assicurato o qualsiasi persona che abbia causato il danno sono imparentati? ○ No ○ Sì – Grado di parentela

7. FERIMENTO O MORTE DI PERSONE

Cognome/Nome	Indirizzo	Telefono	Data di nascita
a)			
b)			

Stato civile	Professione	Datore di lavoro
a)		
b)		

In che cosa consiste il ferimento?	Cognome e indirizzo del medico
a)	
b)	

Le persone ferite sono assicurate contro gli infortuni?	Presso quale assicurazione/cassa malati?
a)	
b)	

8. TESTIMONI

Cognome/Nome/Indirizzo/Telefono	
Cognome/Nome/Indirizzo/Telefono	
Cognome/Nome/Indirizzo/Telefono	

9. OSSERVAZIONI

Documenti allegati/eventualmente inviare separatamente:

☐ Corrispondenza ☐ Verbale d'incidente europeo

☐ Fotografie

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DICHIARAZIONE DI SINISTRO 3/3
Assicurazione veicoli a motore

Il sottoscritto/la sottoscritta autorizza la compagnia d'assicurazione a raccogliere, trattare e verificare gli atti ufficiali e medici; autorizza inoltre la compagnia assicurativa a trasmettere i dati necessari per la gestazione dei sinistri a terzi o a compagnie d'assicurazione coinvolte (co-assicuratori o ri-assicuratori) in Svizzera o all'estero e autorizza la compagnia d'assicurazione a procurarsi da queste ultime le informazioni di cui necessita. Il sottoscritto/la sottoscritta non può riconoscere pretese di risarcimento senza il consenso della compagnia.

Luogo e data _____ Firma dell'assicurato _____

Si prega d'inviare il formulario via e-mail a schaden@arisco.ch oppure per posta agli uffici del responsabile di mandato. Può trovare l'indirizzo su www.arisco.ch/kontakt. Grazie mille.

STAMPA INDIETRO INVIA