

Assicurazione di veicoli a motore

Dichiarazione di sinistro

N° polizza

Prenditore d'assicurazione

Nome/cognome		Data di nascita	Stato civile
Ditta		Conto postale o bancario n°	
Professione/azienda		Banca/filiale di	
Via		Sottoposto all'IVA	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
NPA/luogo		N° IVA	
Tel. privato	cellulare	Avete un'assicurazione di protezione giuridica?	
Tel. ufficio	cellulare	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	
Fax	E-Mail	Dove?	
		Avete annunciato il caso?	
		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	

Designazione del vostro autoveicolo implicato nell'incidente (Si prega di riferirsi alle indicazioni contenute nella licenza di circ.)

Genere del veicolo (autovettura, camion, ecc.)	N° della targa
Marca di fabbrica e tipo	Totale dei km percorsi
N° del telaio o n° di matricola	1ª entrata in circolazione

Conducente del veicolo assicurato



Nome/cognome	È in possesso del permesso d'allievo conducente*
Ditta	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Professione/azienda	Nome dell'accompagnatore
Via	Da quando possiede la licenza di condurre?
NPA/luogo	
Data di nascita	Il conducente è vostro parente? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Nazionalità	In quale grado?
È in possesso della licenza di condurre valida*	E' al vostro servizio? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	Il conducente ha usato il veicolo
Licenza svizzera* <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	con vostro consenso? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Da quando?	Il veicolo gli era stato noleggiato? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Licenza straniera* <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	(lasciare vuoto)

*è determinante la licenza di condurre che autorizza a guidare il veicolo assicurato.

Sinistro

Data	Ora (0-24)	Ebbe luogo un'inchiesta ufficiale? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Luogo e via		Da parte di chi?
<input type="checkbox"/> fuori abitato <input type="checkbox"/> asciutto <input type="checkbox"/> pioggia <input type="checkbox"/> nebbia <input type="checkbox"/> nell'abitato <input type="checkbox"/> neve <input type="checkbox"/> ghiaccio <input type="checkbox"/> buio		
Vi ritenete, risp. il conducente del vostro veicolo si ritiene		
<input type="checkbox"/> colpevole <input type="checkbox"/> parzialmente <input type="checkbox"/> non colpevole		Velocità del vostro veicolo km/h
		Velocità del danneggiato km/h

Descrizione del sinistro (da riempire anche qualora sia stato stilato un rapporto di polizia)

veicoli proprio 1 2 3 ecc. pedone  ciclista 

Passeggeri e testimoni

N° dei passeggeri nel vostro veicolo (senza conducente)?

passeggero testimone

a) Nome/cognome

Tel. privato

cellulare

Via

Tel. ufficio

cellulare

NPA/luogo

Fax

E-Mail

passeggero testimone

b) Nome/cognome

Tel. privato

cellulare

Via

Tel. ufficio

cellulare

NPA/luogo

Fax

E-Mail

passeggero testimone

c) Nome/cognome

Tel. privato

cellulare

Via

Tel. ufficio

cellulare

NPA/luogo

Fax

E-Mail

Altri veicoli implicati

Nomi dei conducenti

Società di assicurazione della
responsabilità civile

Descrizione dei veicoli

a)

b)

Nome dei detentori

N° di targa

Via

NPA/luogo

a)

b)

Ferimento o morte di persone (per l'assicurazione della responsabilità civile e/o l'assicurazione infortuni)

a) Nome/cognome

Stato civile

Data di nascita

Via

(lasciare vuoto)

NPA/luogo

Datore di lavoro

Professione

Genere delle ferite?

Nome ed indirizzo del medico curante, risp. dell'ospedale

(lasciare vuoto)

b) Nome/cognome _____
Via _____
NPA/luogo _____
Professione _____
Nome ed indirizzo del medico curante, risp. dell'ospedale _____
Quali danneggiati nel vostro veicolo erano protetti da una cintura di sicurezza? a) b) _____
Quali danneggiati sono parenti del detentore? a) b) _____
In quale grado? _____

Stato civile _____ Data di nascita _____
(lasciare vuoto)
Datore di lavoro _____
Genere delle ferite? _____
(lasciare vuoto)
Le persone ferite sono assicurate contro gli infortuni? no sì
Quale altra società/cassa malati? _____
Quali danneggiati erano al servizio del detentore o del conducente? a) b) _____
In che qualità? _____

Danneggiamento o distruzione di oggetti di terzi, anche di animali (per l'assicurazione della responsabilità civile) Lista dei oggetti in questione danneggiati

Oggetto 1 _____
In che cosa consistono i danni? _____
Nome/cognome del proprietario _____
Via _____
NPA/luogo _____
Oggetto 2 _____
In che cosa consistono i danni? _____
Nome/cognome del proprietario _____
Via _____
NPA/luogo _____
I danneggiati sono parenti del detentore? no sì _____

Dove si trovano gli oggetti? _____
Valutazione approssimativa del danno CHF _____
(lasciare vuoto)
Sono assicurati presso quale società? _____
Sottoposto all'IVA no sì
N° IVA _____
Dove si trovano gli oggetti? _____
Valutazione approssimativa del danno CHF _____
(lasciare vuoto)
Sono assicurati presso quale società? _____
Sottoposto all'IVA no sì
N° IVA _____
In quale grado? _____

Danneggiamento o distruzione del vostro veicolo (Si prega di allegare delle fotografie se possibile) Avvertire la società d'assicurazione prima dell'inizio delle riparazioni!

Da chi intendete farlo riparare? _____
Dove si può esaminare il veicolo danneggiato? _____
Quando avete acquistato il veicolo? _____

Valutazione approssimativa del danno? CHF _____
Da quando? _____
A quale prezzo? CHF _____

L'assicurato non può riconoscere pretese di risarcimento, senza la preventiva autorizzazione della Società. Il sottoscritto autorizza la Compagnia a prendere visione degli atti ufficiali, degli atti medici nonché degli atti LAINF o LAMAL. Oltre a ciò, l'assicurato si dichiara d'accordo che la Winterthur possa mettere a disposizione dati utili alla trattazione del caso a terzi, in special modo ad assicuratori coinvolti e che possa pure richiedere informazioni necessarie da quest'ultimi.

Luogo e data _____ Firma del conducente (a meno che non sia identica con il prenditore d'assicurazione) _____ Firma del prenditore d'assicurazione _____