



Assicurazione domestica Directa
Notifica di sinistro Ass. responsabilità civile privata

Lasciare in bianco

Polizza n. _____

Sinistro n. _____

Rückstellung: _____ SB: _____
Schadenort: _____ Ursache: _____
Art: _____ Pool: _____
Datum/Visum: _____

Persona assicurata

Cognome/Nome/Professione _____

Indirizzo/NPA/Località _____

Conto corrente postale/bancaria _____

Telefono ufficio _____ Telefono privato _____

1. Data del sinistro _____ Ora _____

Luogo del sinistro (Indirizzo/NPA/Località) _____

2. Causa del sinistro (descrizione precisa dell'accaduto e delle circostanze; allegare eventualmente schizzi e fotografie)

3. Chi ha provocato il sinistro?

Cognome/Nome/Professione _____ Data di nascita _____

Indirizzo/NPA/Località _____ Telefono _____

La persona è un familiare della persona assicurata? sì no Grado di parentela _____

La persona è al servizio della persona assicurata? sì no Rapporto di servizio _____

La persona vive in comunione domestica con la persona assicurata sì no

4. È stato effettuato un sopralluogo ufficiale? sì no

Polizia/ufficio pubblico _____

5. Parti lese

1. Persona danneggiata

2. Persona danneggiata

Cognome/Nome _____

Professione _____

Indirizzo _____

NPA/Località _____

Telefono _____

Stato civile/anno di nascita _____

Conto corrente postale/bancario _____

La ringraziamo anticipatamente del rinvio della presente notifica debitamente riempita all'indirizzo sopraindicato.

I casi gravi devono esserci segnalati tempestivamente per telefono.

6. Danni materiali

Oggetti danneggiati	_____	_____
- (descrizione esatta con indicazione della data e del prezzo d'acquisto dell'oggetto; allegare le ricevute)	_____	_____
	_____	_____
Costo del danno circa CHF	_____	_____
Riparazione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	_____	_____
Dove può essere esaminato l'oggetto?	_____	_____
Ditta incaricata della riparazione	_____	_____
Gli oggetti sono assicurati? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Presso quale compagnia? Come?	_____	_____

7. Danni corporali

Tipo di lesione	_____	_____
Cognome/nome del medico/ospedale	_____	_____
	_____	_____
INSAI/Assicurazione infortuni	_____	_____
Assicurazione malattia/Cassa malati	_____	_____
Cognome/indirizzo del datore di lavoro	_____	_____
	_____	_____

8. Testimoni

	1. Testimone	2. Testimone
Cognome/Nome/Indirizzo/NPA/Località	_____	_____
	_____	_____
Telefono	_____	_____

9. La Sua opinione sulla causa del sinistro

- 9.1 Si tratta di una negligenza Sua, di un membro della Sua famiglia o di un impiegato alle Sue dipendenze? sì no
 Motivo _____
- 9.2 La causa è dovuta a materiale o impianto difettosi? sì no
 Motivo _____
 Cognome/Nome/Indirizzo del responsabile _____
- 9.3 La persona lesa o un terzo sono responsabili? sì no
 Motivo _____
 Cognome/Nome/Indirizzo della persona _____

10. Domande complementari

- 10.1 Le persone lese sono familiari della persona assicurata o della persona che ha provocato il danno? sì no
 Grado di parentela _____
- 10.2 Le persone lese erano al servizio della persona o della persona che ha provocato il danno? sì no
 Rapporto di servizio _____
- 10.3 Le persone lese vivono in comunione domestica con la persona assicurata? sì no
- 10.4 Sono già state presentate domande di indennizzo? sì no
 Quali? _____

Osservazioni

La Visana Services SA è autorizzata a consultare tutti i documenti (quali atti giudiziari e dossier medici) attinenti al presente sinistro. Con la firma, l'assicurato/a certifica la veridicità delle indicazioni fornite.

Data _____ Firma dell'assicurato/a _____

Lasciare in bianco

Datum	Bemerkungen / Abklärungen mit VersicherungsnehmerIn / mit Geschädigten
_____	_____
_____	_____