

Come compilare: clicchi sui campi e scriva. Le voci con * e sfondo rosato sono i **dati minimi** per aprire il sinistro; il resto può essere completato anche dopo, con l'agenzia.

1 POLIZZA E TIPO DI EVENTO

Compagnia *	N. polizza *	Ramo / garanzia (se noto)
Selezioni		
Denuncia compilata da (nome e cognome) *	In qualità di *	
	Selezioni	
Tipo di evento * (anche più voci)		
☐ Incendio, fulmine, scoppio	☐ Eventi atmosferici	☐ Acqua condotta
☐ Cristalli e lastre	☐ Danni elettrici	☐ RC - danni a terzi
☐ Tutela legale	☐ Merci in refrigerazione	☐ Furto, rapina, vandalismo
	☐ Altro:	☐ Infortunio / malattia

2 CONTRAENTE

Nome e cognome / ragione sociale *	Codice fiscale / partita IVA *
Indirizzo di residenza / sede *	Data di nascita gg/mm/aaaa
Telefono / cellulare *	E-mail *
	PEC (se disponibile)

3 ASSICURATO / PERSONA DANNEGGIATA

Solo se diverso dal contraente

☐ Coincide con il contraente

Nome e cognome	Codice fiscale	Telefono / cellulare

4 IL SINISTRO

Data del sinistro *	Ora circa	Data scoperta del danno	Luogo del sinistro / ubicazione del rischio *

Cosa è successo? Dinamica, causa (se nota) e misure già adottate per limitare il danno *

5 DANNI

Cosa è stato danneggiato? (beni, locali, impianti, merci, persone) *	Stima indicativa (€)

Sono coinvolte **persone lesionate?** (sez. 7) ☐ Sì ☐ No **Danneggiati beni di terzi?** ☐ Sì ☐ No

6 TERZI, TESTIMONI E AUTORITÀDanno causato da un **terzo identificabile**? (rivalsa) ☐ Sì ☐ No Presenti **testimoni**? ☐ Sì ☐ No

Se Sì: nome, recapito e compagnia/polizza del terzo; nome e recapito dei testimoni

Intervenute le **Autorità** (Carabinieri, Polizia, VV.F.)? ☐ Sì ☐ No **Denuncia / querela** presentata? (obbligatoria per furto, rapina) ☐ Sì ☐ No

Quale Autorità / Comando, n. verbale o protocollo e data

7 PERSONE LESIONATE

Solo se ci sono lesioni – dati sulla salute, consenso alla sez. 11

Chi è lesionato, lesioni riportate, struttura sanitaria e data; se Sì alle domande sotto, precisi qui

Accesso a **Pronto Soccorso / ricovero**? ☐ Sì ☐ No Consumo di **alcolici** prima del sinistro? ☐ Sì ☐ No**Problematiche di salute pregresse** (fratture, vista, udito, epilessia, diabete, schiena, cuore...)? ☐ Sì ☐ No Hanno avuto **ripercussioni sul sinistro**? ☐ Sì ☐ No**8 ALTRE ASSICURAZIONI E SOPRALLUOGO**Cose danneggiate assicurate **anche presso altra compagnia**? ☐ Sì ☐ No

Se Sì: compagnia e n. polizza

Dove visionare i beni danneggiati (indirizzo)

Referente per il sopralluogo e telefono

9 INDENNIZZO

Facoltativo ora: si può indicare anche in seguito

Intestatario del conto corrente

C.F. / P.IVA intestatario

IBAN

10 DOCUMENTI ALLEGATI

Se non li ha ancora, invii comunque il modulo: l'agenzia indicherà cosa integrare

☐ Fotografie del danno ☐ Preventivo di riparazione ☐ Fattura o ricevuta
☐ Denuncia / verbale Autorità (furto: sempre) ☐ Documentazione medica ☐ Altro: **11 DICHIARAZIONI, CONSENSI E FIRME****Dichiaro** di aver risposto in modo veritiero, descrivendo tutti i fatti a me noti, e autorizzo la compagnia, l'agenzia e i loro incaricati (periti, professionisti) a compiere gli accertamenti necessari alla gestione del sinistro, anche prendendo visione degli atti (penali, amministrativi, ecc.) e traendone copia.☐ **Privacy *** – Ho letto l'informativa della compagnia e dell'agenzia e acconsento al trattamento dei miei dati, anche sulla salute se indicati, per la gestione del sinistro e la loro comunicazione a compagnia, periti e professionisti.☐ **Corrispondenza** (solo se l'assicurato è diverso dal contraente) – Acconsento che la corrispondenza sul sinistro, anche con dati sulla salute, sia inviata al contraente o a un suo rappresentante.☐ **Facoltativo** – Acconsento a essere contattato dall'agenzia a pratica conclusa per valutare la mia esperienza e per essere invitato, se lo desidero, a lasciare una recensione online. Non influisce sulla gestione del sinistro.

Luogo *

Firma del contraente / assicurato *

Firma dell'intermediario

Data *

Firma a mano dopo la stampa o con "Compila e firma" di Acrobat. Restituisci il modulo a info@assispezia.it (PEC specia.assicurazioni@pec.it) o lo consegna in agenzia.**RISERVATO ALL'AGENZIA**

N. pratica

Ricevuta il / da

Inviata alla compagnia il

N. sinistro compagnia