Denuncia di sinistro

L’assicurazione di responsabilità civile

Nota

La preghiamo di compilare e firmare la presente denuncia di sinistro e di spedirla a:

KESSLER & CO AG

Forchstrasse 95

Casella postale

CH-8032 Zurigo

T +41 44 387 87 11

# Numero di polizza

Contraente

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome, nome o ragione sociale |  |
| Interlocutore |  |
| Via, NPA Località |  |
| Telefono, cellulare, fax |  |
| E-mail |  |
| Coordinate bancarie per il risarcimento | |
| Nome e sede della banca |  |
| Numero di conto, numero di clearing |  |
| IBAN, BIC |  |
| Conto postale |  |
| Titolare del conto |  |
| La sua azienda ha diritto alla detrazione fiscale?  Si  No | |

Sinistro

|  |  |
| --- | --- |
| Data e ora |  |
| Via, NPA Località |  |
| Telefono, cellulare, fax |  |
| E-mail |  |
| È stato redatto un verbale di constatazione ufficiale?  Si  No | |
| Dinamica del sinistro  (la preghiamo di compilare il modulo anche se è stato redatto un verbale di polizia e di allegare eventuali altri rapporti, schizzi, fotografie ecc.) | |

Responsabile del sinistro

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome, nome | |  |
| Via, NPA Località | |  |
| Telefono, cellulare, fax | |  |
| E-mail | |  |
| Questa persona è imparentata con il contraente?  Si  No | | |
| Se sì: | * Grado di parentela |  |
| Questa persona è impiegata dal contraente?  Si  No | | |
| Se sì: | * Posizione nell’azienda |  |

Causa del sinistro

A quale causa è riconducibile l’evento?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sussiste una colpa imputabile a lei stesso, a un membro della sua famiglia o a un impiegato?  Si  No | | |
| Se sì | * Motivo |  |
| Materiale difettoso o installazione carente?  Si  No | | |
| Se sì: | * Motivo |  |
| Sussiste una colpa / un concorso di colpa imputabile al danneggiato o a terzi?  Si  No | | |
| Se sì: | * Motivo |  |
|  | * Cognome, nome |  |
|  | * Indirizzo, NPA località |  |

Testimoni

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome, nome |  |
| Via, NPA Località |  |
| Telefono, cellulare, fax |  |
| E-mail |  |

Lesione o uccisione di persone

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ci sono state persone ferite / uccise?  Si  No | | |
| Se sì: | * Tipo di lesione |  | |
|  | * Nome del medico / ospedale |  | |
| Cognome, nome | |  | |
| Via, NPA Località | |  | |
| Telefono, cellulare, fax | |  | |
| Data di nascita | |  | |
| Datore di lavoro | |  | |

Danneggiamento o distruzione di cose di terzi (anche animali)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sono state danneggiate o distrutte cose di terzi?  Si  No | | |
| Se sì: | * Quali? |  | |
|  | * Età |  | |
|  | * Descrizione del sinistro |  | |
|  | * Nome del proprietario |  | |
|  | * Via, NPA Località |  | |
|  | * Luogo d’ispezione |  | |
|  | * Ammontare stimato del sinistro |  | |

Domande supplementari

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I danneggiati sono alle sue dipendenze?  Si  No | | |
| Se sì | * In quale funzione? |  |
| Il sinistro ha avuto luogo durante il lavoro all’interno di un gruppo societario?  Si  No | | |
| Se sì: | * Nome del gruppo |  |
| I danneggiati hanno già avanzato pretese?  Si  No | | |
| Se sì: | * Pretese | CHF |

Osservazioni

Consenso

Il sottoscritto / La sottoscritta autorizza la società assicurativa a richiedere informazioni concernenti il sinistro ad altri assicurati o a terzi coinvolti nello stesso, a consultare documenti ufficiali e giudiziari che fanno riferimento al sinistro come pure a trasmettere dati ad autorità ufficiali o giudiziarie e ad altre società assicurative eventualmente coinvolte nel sinistro (coassicuratori e riassicuratori) in Svizzera e all’estero. Preghiamo il sottoscritto / la sottoscritta di non riconoscere alcuna pretesa di responsabilità senza previa consultazione con la società assicurativa.

|  |
| --- |
| Luogo, data |

|  |
| --- |
| Firma / Timbro del contraente |