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 |