

Quali sono le cause del sinistro?

A che ora è avvenuto il sinistro?

Quando è stato scoperto il danno?

Nome, indirizzo ed età dell'autore/trice del danno Età

È imputabile una colpa alla/e persona/e assicurata/e, ai suoi familiari o al suo personale? Per quale motivo?

È imputabile una colpa al danneggiato o a una terza persona? Per quale motivo?

Indicare nome e indirizzi

Quali persone possono essere indicate come testimoni oculari del sinistro?

Indicare nomi e indirizzi

È stato steso un verbale di polizia?

In caso affermativo, da quale posto di polizia?

Nome dell'ufficiale

In caso di uccisione, ferimento o altro danno alla salute di persone (lesioni corporali)

Cognome e nome della persona ferita	Stato civile	Data di nascita	Indirizzo	Professione	Datore/trice di lavoro
a) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

In cosa consiste il ferimento di questa persona?	Natura del ferimento (indicare ciò che fa al caso)	Nome e indirizzo del medico curante resp. dell'ospedale
a) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> legg. <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> mortale	<input type="text"/>
b) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> legg. <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> mortale	<input type="text"/>
c) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> legg. <input type="checkbox"/> medio <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> mortale	<input type="text"/>

La persona ferita è assicurata contro gli infortuni? LAINF Presso quale altra compagnia o cassa malati?	Al momento del sinistro si trovava al suo servizio?	Si tratta di un membro della famiglia del/della contraente dell'assicurazione resp. dell'autore/trice del danno? In caso affermativo, indicare il grado di parentela.
a) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nei suoi confronti sono state avanzate pretese di risarcimento per lesioni corporali? Quali e da parte di chi?

Eventuali scritti vanno allegati alla presente dichiarazione

In caso di distruzione, danneggiamento o perdita di cose appartenenti a terze persone (danni materiali) Non sono coperti i danni propri

Cosa è stato danneggiato e in cosa consiste il danno?
(Se si tratta di veicoli a motore precisare la marca e il n. di targa)

Ammontare del danno

Nome e indirizzo del/della proprietario/a

Dove può essere esaminato l'oggetto danneggiato?

L'oggetto danneggiato è assicurato contro uno o più rischi indicati a lato?
(Sottolineare risp. completare ciò che fa al caso)

Casco/incendio/rottura vetri/danni delle acque/furto/rottura macchine/costruzioni

Presso quale compagnia?

Il caso è stato notificato alla stessa?

Nei suoi confronti sono state avanzate pretese di risarcimento per danni materiali? Quali e da parte di chi?
Eventuali scritti vanno allegati alla presente dichiarazione

Osservazioni del/della contraente

La persona sottoscritta autorizza Zurich a elaborare i dati derivanti dalla gestione del sinistro. Zurich è autorizzata nella misura necessaria a trasmettere i dati a terzi partecipanti al contratto in Svizzera o all'estero, ed in particolar modo ai coassicuratori e ai riassicuratori, nonché alle compagnie appartenenti al gruppo Zurigo, per l'elaborazione.

Inoltre, Zurich viene autorizzata a richiedere informazioni utili presso uffici amministrativi e terzi nonché a prendere visione di atti ufficiali e giudiziari. Questa autorizzazione vale indipendentemente dall'accettazione del sinistro.

La persona sottoscritta ha il diritto di richiedere a Zurich le informazioni previste dalla legge in merito all'elaborazione dei dati che la concernono. L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere ritirata in qualsiasi momento.

Con la firma della presente, la persona assicurata risp. avente diritto autorizza i medici curanti, gli ospedali nonché altri terzi designati per nome, a fornire a Zurich, rispettivamente al suo servizio medico, qualsivoglia informazione necessaria connessa con il sinistro e la gestione del sinistro. A questo fine la persona assicurata risp. avente diritto scioglie dette persone espressamente dal segreto professionale.

In caso di regresso contro un terzo civilmente responsabile, Zurich è inoltre autorizzata a trasmettere al responsabile, risp. al suo assicuratore di responsabilità civile, i dati necessari per l'attuazione del diritto di regresso.

Luogo e data

Firma della persona ferita

Firma del/della contraente

La dichiarazione di sinistro va trasmessa immediatamente, al più tardi entro 8 giorni dal sinistro, alla Zurich Compagnia di Assicurazioni SA, casella postale, 8085 Zurigo. Telefono 0800 80 80 80.

