

Stipulante

Cognome, nome o ragione sociale _____

Via e numero _____

NPA e località _____

Telefono/cellulare _____

E-mail _____

Nome della persona di contatto _____

IBAN _____

Soggetto all'IVA sì no Se sì, numero IVA _____

Protezione giuridica sì no Se sì, compagnia _____

Numero contratto assicurazione (es. 12345678.2200) _____

Persone coinvolte	In qualità di	Persona A	Persona B	Persona C
		<input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> proprietario del fondo <input type="checkbox"/> agenzia immobiliare <input type="checkbox"/> locatario	<input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> proprietario del fondo <input type="checkbox"/> agenzia immobiliare <input type="checkbox"/> locatario	<input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> proprietario del fondo <input type="checkbox"/> agenzia immobiliare <input type="checkbox"/> locatario
	Cognome o ragione sociale	_____	_____	_____
	Nome	_____	_____	_____
	Data di nascita	_____	_____	_____
	Sesso	<input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna	<input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna	<input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna
	Via e numero	_____	_____	_____
	NPA	_____	_____	_____
	Località	_____	_____	_____
	Telefono/cellulare	_____	_____	_____
	E-mail	_____	_____	_____
	Assicuratore RC	_____	_____	_____

Descrizione dell'evento e delle circostanze

Evento	Elementi toccati	<input type="checkbox"/> stabile in locazione	<input type="checkbox"/> stabile in proprietà
		<input type="checkbox"/> stabile in comproprietà	<input type="checkbox"/> inventario economia domestica
		<input type="checkbox"/> inventario del commercio	<input type="checkbox"/> burotica
		<input type="checkbox"/> installazioni tecniche	<input type="checkbox"/> oggetti di valore
		<input type="checkbox"/> perdita di esercizio	<input type="checkbox"/> altro _____

Natura dell'evento	<input type="checkbox"/> incendio	<input type="checkbox"/> evento naturale
	<input type="checkbox"/> furto semplice	<input type="checkbox"/> furto con scasso
	<input type="checkbox"/> rottura di vetri	<input type="checkbox"/> danni delle acque
	<input type="checkbox"/> altro	
Data e ora	_____	
Via/luogo	_____	
NPA/località	_____	
Foto	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Altri assicuratori	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, nome della compagnia _____
Rapporto di polizia	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, presso quale centrale di polizia _____
Notifica simultanea dell'evento	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Se sì, presso quale organismo _____

Oggetti danneggiati	Oggetto	Marca/tipo	Data di acquisto	Acquistato presso	Prezzo pagato	Costo dell'eventuale riparazione	Osservazioni
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Osservazioni generali

Copie supplementari Copie supplementari del presente modulo sono disponibili al sito www.vaudoise.ch, rubrica «Sinistro».

Il firmatario autorizza la Vaudoise a comunicare in maniera appropriata i dati risultanti dal sinistro o da qualsiasi altro evento che dà diritto a prestazioni ad altri prestatori di servizi abilitati o assicuratori, in particolare a coassicuratori o riassicuratori, in Svizzera e all'estero. La compagnia è inoltre autorizzata a chieder loro informazioni e a prendere conoscenza di qualsiasi documento ufficiale o giudiziario. Questo accordo prescinde dal riconoscimento del diritto alle prestazioni assicurative. In caso d'invio per posta elettronica, la Vaudoise Assicurazioni rinuncia alle firme manoscritte.

Luogo e data _____ **Nome del firmatario** _____ **Firma** _____

Se si dispone di Acrobat Reader versione 10 o superiore, dopo aver compilato il modulo cliccare «Inviare». In caso contrario, stampare la scheda e inviarla per posta a: Vaudoise Generale, Compagnia di Assicurazioni SA, Place de Milan, 1001 Losanna.