

Notifica sinistro

Responsabilità civile privata/Responsabilità civile del proprietario di immobili

Compili tutto il formulario come persona assicurata risp. come sua/suo rappresentante legale e lo invii all'indirizzo indicato sull'ultima pagina. Solo così potremo verificare il suo diritto alle prestazioni.
Ha delle domande? Il nostro Centro servizi clienti 0844 277 888 sarà lieto di esserle d'aiuto. Grazie.



In alternativa può inviarcì la notifica anche online su css.ch/responsabilita

Numero cliente

1 Informazioni generali

1.1 Persona assicurata

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.2 Contatto

Telefono privato	Natel	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dove?	<input type="checkbox"/> Privato	<input type="checkbox"/> Natel
	<input type="checkbox"/> Ufficio	

2 Indicazioni relative al sinistro

2.1 Data /Luogo del sinistro

Data	Ora
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2 Causa/Dinamica del sinistro

2.3 Chi ha causato il danno?

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono privato	Natel	Telefono ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quando è possibile contattarla?	Dove? <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Natel <input type="checkbox"/> Ufficio	E-Mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Professione	Datore di lavoro	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.4 Vi sono ulteriori persone colpevoli?

Sì No

In caso affermativo, chi?

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3 Denuncia presso la polizia

3.1 Denunciante

Nome	Cognome	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data della denuncia	Posto di polizia	Agente di polizia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Rapporto di polizia

Sì No

3.3 1. Testimone

Nome	Cognome	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via, N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Si prega di citare gli ulteriori testimoni su un foglio separato.

4 Danni su beni di terzi

4.1 Terze persone danneggiate (proprietario oggetto/stabile)

Nome Cognome Data di nascita

Via, N° NPA/Località

Telefono privato Natel Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla? E-Mail
Dove? Privato Natel Ufficio

Danno/Oggetto danneggiato

Tipo del danno

Età dell'oggetto Luogo di sopralluogo Entità del danno

Esistono ulteriori assicurazioni a copertura degli oggetti suddetti?

Casco parziale Casco totale Incendio Furto
 Rottura di vetri Danni da acqua Oggetti di valore Responsabilità civile
 Altra, quale

Presso quale compagnia di assicurazioni? Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza) Il caso è stato notificato a questa assicurazione? Sì No

Presso quale compagnia di assicurazioni? Numero di polizza (voglia allegare copia della polizza) Il caso è stato notificato a questa assicurazione? Sì No

Si prega di citare le ulteriori persone o parti danneggiate su un foglio separato.

5 Danni del locatario

5.1 Durata dell'affitto (Allegare verbale di presa in consegna e di consegna dell'oggetto in affitto)

Data inizio affitto Data fine affitto Data dell'ultima ristrutturazione

6 Persone lese

6.1 Persona lesa

Nome Cognome Data di nascita

Via, N° NPA/Località

Telefono privato Natel Telefono ufficio

Quando è possibile contattarla? E-Mail
Dove? Privato Natel Ufficio

Professione Datore di lavoro

Lesione

Tipo della lesione

Medico/Ospedale intervenuto

Nome

Cognome

Ospedale

Via, N°

NPA/Località

Dov'è assicurata contro l'infortunio la persona lesa?

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza/N° sinistro

Si prega di citare delle ulteriori persone ferite su un foglio separato.

7 Diritti di risarcimento

7.1 Sono stati fatti valere dei diritti di risarcimento nei Suoi confronti?

Sì No

In caso affermativo, da chi?

Nome

Cognome

Via, N°

NPA/Località

8 Domanda integrativa

8.1 Lei abita in comunione domestica con la persona danneggiata?

Sì No

8.2 Lei è parente della persona danneggiata?

Sì No

9 Pagamento a

9.1 Nome e indirizzo del destinatario

Nome

Cognome

Via, N°

NPA/Località

9.2 Coordinate bancarie del destinatario

IBAN

Nominativo del istituto finanziario

10 Conferma

10.1 Io/noi siamo in possesso di un'assicurazione di protezione giuridica

Sì No

In caso affermativo, presso quale compagnia di assicurazioni?

Nome della compagnia di assicurazioni

N° polizza/N° sinistro

Osservazioni

La persona firmataria dichiara di aver risposto in modo veritiero e completo a tutte le domande di tutte le pagine.

Senza autorizzazione da parte della CSS non possono essere riconosciute pretese.

Per quanto occorre nel singolo caso per l'evasione dei sinistri, la CSS Assicurazione SA elabora i dati che lei ci comunica o che acquisiamo da terzi previo suo consenso. Con la presente, lei acconsente a che i dati siano trasmessi per l'elaborazione, nella misura necessaria, alle società del Gruppo CSS coinvolte nell'evasione dei sinistri, a coassicuratori e riassicuratori, alle autorità e ulteriori terzi in Svizzera e all'estero o che vengano raccolti presso gli stessi. I dati vengono elaborati in forma elettronica o cartacea e saranno custoditi fino a quando saranno necessari per l'evasione del caso o per quanto giuridicamente previsto.

Con la firma apposta sulla notifica d'infortunio, la CSS viene autorizzata a fornire informazioni, risp. a richiedere informazioni necessarie a valutare la copertura assicurativa a medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati e autorità, risp. ai loro medici della società e ai loro medici di fiducia, tenendo presente le disposizioni giuridiche concernenti la protezione dei dati. Le istanze coinvolte sono in questi casi svincolate dal loro obbligo alla riservatezza e dal loro segreto professionale nei confronti della CSS.

Ulteriori spiegazioni sull'elaborazione dei suoi dati sono riportate nella dichiarazione di protezione dei dati della CSS Assicurazione SA in css.ch.

La persona firmataria ha il diritto di richiedere informazioni concernenti i dati che la riguardano. L'autorizzazione all'elaborazione dei dati può essere revocata in qualsiasi momento.

Soggetto di diritto per l'assicurazione di base (LAMal): CSS Assicurazione Malattie SA, soggetto di diritto per le assicurazioni complementari (LCA): CSS Assicurazione SA

Luogo

Data

Firma della persona assicurata risp. del suo rappresentante legale

Firma dell'assicuratore:

CSS, Centro di competenze Assicurazioni speciali, Casella Postale 2568, 6002 Lucerna