

**AREA BROKER**

BUSINESS INSURANCE SOLUTIONS

**POLIZZA RC CAPOFAMIGLIA
CONVENZIONE SINDACATO FABI
MODULO DI DENUNCIA SINISTRO RC CAPOFAMIGLIA**

DA INVIARE COMPLETO IN TUTTE LE SUE PARTI A: sinistri.bo@areabroker.it

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ CAP _____

VIA _____ N _____

MAIL _____ TELEFONO _____

SINDACATO FABI PROVINCIALE DI APPARTENENZA _____

COORDINATE BANCARIE:

INTESTATARIO _____

BANCA _____

IBAN _____

DOCUMENTI NECESSARI:

- Richiesta di risarcimento danni della controparte
(contenente nominativo, indirizzo, codice fiscale copia carta d'identità valida);
- Dichiarazione del Sindacato di appartenenza riportante la data di iscrizione
(in assenza del certificato assicurativo)
- Foto, fatture e/o preventivi del danno;
- Copia verbale delle Autorità, se intervenute;
- Copia dello stato di famiglia o autocertificazione
(in caso di sinistro causato da un familiare dell'Assicurato);
- Copia del certificato di iscrizione all'anagrafe canina
(in caso di sinistro causato da un cane)
- Copia del codice fiscale e del documento d'identità dell'Assicurato

DATI SINISTRO

DATA DEL SINISTRO _____ ORA DEL SINISTRO _____

LUOGO DEL SINISTRO _____

DINAMICA DEL SINISTRO



ERANO PRESENTI DEI TESTIMONI SÌ ☐ NO ☐

In caso affermativo allegare una dichiarazione di quanto accaduto e copia del documento d'identità valido.

SONO PRESENTI ULTERIORI COPERTURE ASSICURATIVE PER IL MEDESIMO RISCHIO SÌ ☐ NO ☐

In caso affermativo è necessario procedere alla denuncia anche all'altra compagnia assicurativa e fornirci gli estremi della pratica non appena saranno disponibili.

DATI APERTURA SINISTRO SU POLIZZA CONDOMINIALE

(In caso di danno avvenuto in condominio)

NOME COMPAGNIA _____ NUMERO SINISTRO _____

RECAPITI AMMINISTRATORE _____

PERSONA DANNEGGIATA

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ CAP _____

VIA _____ N _____

MAIL _____ TELEFONO _____

Coordinate bancarie dell'avente diritto, nel caso in cui si chiedi il pagamento al danneggiato

INTESTATARIO _____

BANCA _____

IBAN _____

SONO PRESENTI ULTERIORI COPERTURE ASSICURATIVE PER IL MEDESIMO RISCHIO SÌ ☐ NO ☐

In caso affermativo è necessario procedere alla denuncia anche all'altra compagnia assicurativa e fornirci gli estremi della pratica non appena saranno disponibili.

È facoltà della compagnia verificare i moduli ed eventualmente chiedere integrazioni.

LUOGO E DATA

FIRMA ASSICURATO
