

1. Stipulante	Cognome, nome o ragione sociale			
	Indirizzo			
	NPA / località			
	Telefono / fax			
	E-mail			
	Nome della persona di contatto			
	CCP o conto bancario			
	Soggetto all'IVA		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì: n. IVA	
	Protezione giuridica		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì: compagnia	
	N. contratto assicurazione (es. 123456.2200)		216965 2200	
2. Persone coinvolte		Persona A	Persona B	Persona C
	In qualità di:	<input type="checkbox"/> parte lesa <input type="checkbox"/> testimone <input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> responsabile <input type="checkbox"/> locatario	<input type="checkbox"/> parte lesa <input type="checkbox"/> testimone <input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> responsabile <input type="checkbox"/> locatario	<input type="checkbox"/> parte lesa <input type="checkbox"/> testimone <input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> responsabile <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
	Stato civile			
	Via			
	NPA			
	Località			
	N. di telefono			
	E-mail			
	Lesioni corporali:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Natura delle lesioni			
	Primi soccorsi da parte di			
	Professione			
	Datore di lavoro			
	Assicuratore infortuni			
	Danni materiali:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Natura dei danni			
	Foto	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Veicolo a motore	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
	Stima dei costi			
Nome del riparatore				
Data in cui il veicolo si trova presso il riparatore				
Assicuratore RC / Cose				
Responsabilità in causa	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Legami tra le persone coinvolte, incl. lo stipulante, ossia: familiari, comunione domestica, membro del personale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, precisare:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, precisare:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, precisare:	

Se sono state coinvolte più di tre persone, preghiera di compilare la cifra 2 su un altro modulo di notifica

3. Descrizione dell'evento e delle circostanze		
4. Evento	Natura della responsabilità civile (RC)	<input type="checkbox"/> privata <input type="checkbox"/> professionale <input type="checkbox"/> proprietario d'immobili
	Data e ora	
	Via – luogo	
	NPA / località	
	Rapporto di polizia	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
5. Osservazioni		
6. Copie supplementari	Copie supplementari del presente modulo sono disponibili al sito www.vaudoise.ch , rubrica sinistro	

Il firmatario autorizza la compagnia a comunicare in maniera appropriata i dati risultanti dal sinistro o da qualsiasi altro evento che dà diritto a prestazioni ad altri 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