



**Dichiarazione di sinistro VM**

Servizio sinistri: Basilese Assicurazione SA

<b>Contraente</b> / Nome e indirizzo con codice postale	No tel., P: L: Mobile: E-mail:	Contratto d'assicurazione no:
	No CCP o banca e numero del conto bancario	

Questa dichiarazione di sinistro concerne

Responsabilità civile <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Casco <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> totale	Infortuni occupanti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
--	--	--

**1. Caratteristiche del veicolo utilizzato**

Genere del veicolo (auto, motociclette etc.)	Marca e tipo	No. del telaio o di matricola	1. messa in circolazione	No. delle targhe	Totale km percorsi
---	--------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------	--------------------

**2. Conducente del veicolo summenzionato**

Cognome	Nome	Nato / a il	Nazionalità	Professione		
Indirizzo			Stato civile	Tel. P.      Tel. L.		
Patente di guida svizzera valida	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Categoria da	(giorno, mese, anno)	Conduceva con l'autorizzazione del detentore?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Patente di guida straniera valida	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Il conducente é al vostro servizio?			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Licenza d'allievo conducente valida	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Il conducente é vostro parente?			<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Unicamente per la licenza d'allievo conducente: Nome accompagnatore		Categoria	patente			
Motivo della corsa			<input type="checkbox"/> privato <input type="checkbox"/> profess. <input type="checkbox"/> tragitto di lavoro	Il veicolo era noleggiato?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

**3. Circostanze del sinistro**

Data	Ora	Luogo e strada	<input type="checkbox"/> abitato <input type="checkbox"/> fuori ab.
------	-----	----------------	---

Vi ritenete, risp. il conducente del vostro veicolo  colpevole  parzialmente colpevole  non colpevole

Rapporto di polizia  sì  no Da parte di quale posto di polizia?

Circostanze e schizzo (riempire anche se c'è rapporto di polizia)	Veicoli	Moto- ciclista	Ciclista	Pedone
	Il mio                  Parte avversa  2                 Altri  3 etc.			
<b>Schizzo</b>				
Per le indicazioni complementari adoperare un foglio separato				

Avete un'assicurazione di protezione giuridica?  sì  no Presso quale compagnia?

Il caso é stato annunciato?  sì  no

**4. Danno corporale e decesso di persone**

**Per responsabilità civile e/o assicurazione infortuni**

Cognome e nome dei feriti	Data di nasc.	Indirizzo	Professione	Datore di lavoro
a)				
b)				
In che cosa consistono le ferite?	Indirizzo del medico curante, risp. dell'ospedale		La persona ferita é assicurata contro gli infortuni?	
			Se in base alla LAINF dove? ( p.es. INSAI )	Presso quale compagnia o cassa malattia esiste l'assicurazione infortuni privata?
a)				
b)				



### Dichiarazione di sinistro VM

Il ferito era passeggero sul veicolo?	E' parente del detentore del veicolo	Grado di parentela?	Allacciato
a) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
b) <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

#### 5. Testimoni

Cognome, Nome, indirizzo, No. Tel. (se passeggero: in quale veicolo?)

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

#### 6. Danno al veicolo di terzi (in caso di più veicoli danneggiati, riempire un foglio separato)

Per la responsabilità civile

Detentore (Nome, Indirizzo, Telefono)		Indicare con una freccia il punto di collisione sul veicolo di terzi 
Conducente (Nome, Indirizzo, Telefono)		
Marca e tipo, Numero di targa		
Assicurazione RC del veicolo?	Assicurazione casco? (totale, parziale?)	
In quale garage sarà riparato? (indirizzo e telefono del garage)		
Da quale data?	Spese di riparazione ca. CHF	
Il danneggiato é vostro parente? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		Grado di parentela

#### 7. Danno ad altre cose

Per la responsabilità civile

Descrizione delle cose. Genere del danno		Danno ca. CHF	
Daneggiato/a (Nome, Indirizzo, Telefono)			
Il danneggiato era passeggero <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	E' parente del detentore? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	Grado di parentela?	Il trasporto della cosa era a pagamento <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

#### 8. Danno al proprio veicolo

Per la Casco parziale o totale

Genere die danni. Indicazione delle cose rubate		Indicare con una freccia il punto del danno sul proprio veicolo 
In quale garage sarà riparato? (garage, indirizzo, telefon) Prima dell'inizio della riparazione la Basilese Assicurazione deve essere informata.		
Da quale data??	Spese di riparazione ca. CHF	
Siete autorizzati a detrarre l'IVA? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì	%	
Chi ha causato il danno?	Dov'è assicurato per la RC il terzo implicato?	

#### 9. Osservazioni del contraente

Il sottoscritto autorizza la Basilese Assicurazione SA [la Basilese Vita SA] (in seguito denominata «Basilese»), a utilizzare i propri dati personali nell'ambito della valutazione e della gestione del caso assicurativo in oggetto. In particolare, la Basilese è autorizzata a:

- trasmettere i dati a terzi coinvolti, all'interno del territorio nazionale e all'estero (ad es. coassicuratori e riassicuratori o Case Manager);
- esercitare eventuali azioni di rivalsa contro terzi responsabili (o contro i relativi assicuratori per la responsabilità civile) e comunicare a questi ultimi i dati necessari;
- reperire informazioni utili presso fornitori di prestazioni e altre mediche (medici, chiropratici, psicologi, persone che forniscono cure su prescrizione o indicazione medica, laboratori, ospedali, istituti che effettuano cure semiospedaliere o ambulatorie, case di cura), assicuratori sociali (AVS, AI, LAINF, LAMal) e privati, istituti di previdenza, uffici pubblici, datori di lavoro, testimoni e altre persone informate sui fatti, e consultare la documentazione in possesso di tali istituzioni o soggetti.

Il sottoscritto autorizza le persone e istituzioni interpellate a comunicare alla Basilese e/o al relativo Servizio medico, qualora questi ultimi dovessero richiederlo, i dati necessari ai fini dell'esame e della gestione del caso assicurativo. Tali persone e istituzioni, pertanto, sono esentate dall'obbligo di riservatezza.

Il suddetto esonero vale anche per la Basilese Assicurazione SA, in riferimento ai dati inoltrati a terzi ai fini della gestione del caso assicurativo.

Luogo e data

Firma del contraente

Firma del Conducente