

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

In FAMIGLIA

RACCOMANDATA

Spett.le
ARCA ASSICURAZIONI
Servizio Clienti
Via S. Marco, 48
37138 Verona

N. DI SINISTRO _____
(compilazione riservata alla Società)

N. DI CONTRATTO _____

DATI dell'ASSICURATO

Cognome e nome: _____

Domicilio: _____ ☎ _____ / _____

Reperibilità: giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____
giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____

DATI del CONTRAENTE (Solo se diverso dall'Assicurato)

Cognome e nome: _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Data _____ Ora _____ Autorità intervenute _____

Descrizione dell'evento _____

Danni riportati _____

Eventuali altre Assicurazioni (indicare Compagnia) _____

Cognome e nome della persona che ha subito il danno o le lesioni: _____

Domicilio: _____ ☎ _____

PRESENZA TESTIMONI

Nome _____ Indirizzo _____ ☎ _____

Nome _____ Indirizzo _____ ☎ _____

COORDINATE BANCARIE DEL DANNEGGIATO

C.C. sul quale Arca Assicurazioni può effettuare il pagamento dell'indennizzo:

C.C. _____ intestato a: _____

Banca _____ ABI _____ CAB. _____

_____ firma del Contraente o dell'Assicurato