

Modulo richiesta di indennizzo

Polizza ZERO PENSIERI

DA INVIARE TRAMITE FAX AL N. 045.8192397
OPPURE TRAMITE RACCOMANDATA

Spettabile
Arca Assicurazioni S.p.A.
Via del Fante, 21
37122 – Verona
Fax 045 - 8192397

N° Sinistro (riservato alla Società)

N° CONTRATTO

DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Cognome e nome / Ragione sociale:

Luogo e data di nascita

CF/PI

Residente in Via civ.

Cap.....Comune..... Provincia.....

Tel.

Sig. :

Reperibilità:

giorni

dalle ore

alle ore

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Garanzia Danni alle cose

Garanzia Tutela Legale

Data e ora

Località di accadimento del sinistro

Causa e descrizione dell'evento

Terzi danneggiati (cognome, nome, cod fiscale, indirizzo):

Descrizione danni

Autorità intervenute

Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la Compagnia)

Coordinate bancarie IBAN:

Banca

Intestatario

Firma del denunciante 

Data

Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali sensibili

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs. n° 196/2003 presente nel Fascicolo Informativo, acconsento:

- al trattamento dei dati sensibili che mi riguardano
- alla comunicazione a terzi dei dati sensibili che mi riguardano per finalità attinenti alla gestione e liquidazione dei sinistri.

Sono consapevole che il rifiuto al conferimento di tali dati comporterà per la Società l'impossibilità di gestire e liquidare il sinistro, essendo tali dati necessari per la gestione e liquidazione dello stesso.

Luogo e data: _____ Firma: 