

Denuncia sinistro

(tutti i campi sono obbligatori, scrivere in stampatello)

Dati generali Assicurato

Numero Polizza	
Cognome e Nome	Codice fiscale/P.IVA
Targa	
Indirizzo, Cap, Prov.	
Recapito telefonico	E-mail

Dati del Conto Corrente

IBAN _____

Dati del sinistro

Data, ora e luogo del sinistro	
Dinamica del sinistro	
Descrizione del danno	
Carrozzeria di fiducia	
Presenza di testimoni oculari	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se SÌ indicarne nome, cognome, luogo e data di nascita, indirizzo
Estremi testimone 1	
Estremi testimone 2	
Presenza di un verbale	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data del verbale
L'Assicurato ha ragione	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/> Danni veicolo controparte SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Intervento forze dell'ordine	SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se SÌ quali <input type="checkbox"/> Polizia <input type="checkbox"/> Carabinieri <input type="checkbox"/> Polizia Municipale <input type="checkbox"/> VVFF
Comando	

Dati della Controparte

Cognome e Nome	Codice fiscale/P.IVA
Indirizzo, Cap, Prov.	
Recapito telefonico	
Grado di parentela con l'Assicurato (se esistente)	
Tipo veicolo	
Targa	
Compagnia	

Dati Constatazione amichevole di incidente

Modulo CAI compilato	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Modulo CAI firmato da entrambe le parti	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Urto tra veicoli	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Danni materiali ad altri veicoli oltre A e B	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Collisione causa terzi (soggetti/veicoli)	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Compilare la sezione mettendo una X soltanto nelle caselle utili alla descrizione, come indicate nel modulo di Constatazione amichevole, che dovrà essere firmato e allegato al presente documento.

Veicolo A Assicurato	Circostanze dell'incidente <i>(Mettere una X soltanto nelle caselle utili alla descrizione)</i>	Veicolo B Controparte
<input type="checkbox"/>	1 In fermata/In sosta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 Ripartiva dopo una sosta/Apriva una portiera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 Si accingeva a sostare	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 Usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 Entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 Si immetteva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 Circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 Tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 Procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 Cambiava fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 Sorpassava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 Girava a destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 Girava a sinistra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 Retrocedeva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 Invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 Proveniva da destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 Non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<input type="checkbox"/>

Io sottoscritto assicuro che le informazioni e i dati da me forniti corrispondono alla verità. Sono consapevole del fatto che omissioni intenzionali o dichiarazioni false, pur se non decisive al fine di stabilire la responsabilità e/o l'ammontare del danno, possono portare alla perdita della copertura assicurativa. Mi impegno inoltre, qualora dovessero verificarsi cambiamenti, a darne comunicazione a AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI S.p.A.

Luogo e data

L'Assicurato/Beneficiario

Numero allegati

INFORMATIVA PRIVACY PER TERZI INTERESSATI A PRATICHE DI GESTIONE DI SINISTRI DI AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI

Chi decide perché e come trattare i dati?	AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?	<p>a) Finalità assicurativa</p> <p>I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.</p> <p>Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.</p>
Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?	Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.
A chi sono comunicati i dati?	<p>I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dipendenti e collaboratori- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare;- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;- altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari <p>In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.</p> <p>I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.</p>
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, l'interessato può scrivere a: AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. – c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 Roma - e-mail: privacy@axa.it .
Da dove provengono i dati trattati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
Per quanto tempo i dati vengono conservati?	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati.
Informazioni aggiuntive	L'informativa estesa è disponibile sulla sezione Privacy del sito www.axa-mps.it .

Prima di fornire il consenso, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa privacy di cui al presente documento e disponibile anche alla sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, ricevuta e letta l'informativa privacy acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome _____

Luogo e data _____

Firma _____