DENUNCIA DI SINISTRO **TUTELA GIUDIZIARIA**
CON GESTIONE SINISTRO **INTER PARTNER ASSISTANCE**

INTER PARTNER ASSISTANCE - Ufficio Tutela Giudiziaria – e-mail: ufficio.legale@axa-assistance.com Fax: +39 06 48.70.326

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti,121– 00156, Roma,

Esercizio	Sinistro n. (spazio riservato a I.P.A.)	Ramo	Codice Prodotto	Massimale Tutela Giudiziaria (€)	Polizza n.
Italia					

Decorrenza polizza	Scadenza polizza	Frazionamento	Tipo veicolo	Targa

Contraente (cognome e nome/ denominazione)	Codice Fiscale/ Partita IVA

Indirizzo (via, n. civico, località)	Comune	Provincia	CAP

Recapito telefonico del contraente	Assicurato/ conducente (compilare solo se diverso dal contraente)	Recapito telefonico assicurato
Indirizzo e-mail (scrivere in stampatello)		

ALLEGATI ALLA DENUNCIA (Allegare sempre copia del frontespizio di polizza)		**AUTORITA' INTERVENUTE**	
☐ Copia denuncia R.C.A. - A.R.D. (Modulo CAI) - Sinistro n.		☐ C.C. ☐ P.S. ☐ V.U. ☐ Altro	
☐ Copia eventuale documentazione relativa ai danni materiali (anche preventivo)		Comando di	
☐ Eventuale altra documentazione relativa al sinistro	Totale allegati	Danni corporali a terzi ☐ Si No	Danni corporali a trasportati ☐ Si No

DATI IDENTIFICATIVI DELLE CONTROPARTI (per ulteriori controparti allegare dati)

1	Cognome e nome o denominazione	Targa veicolo	Assicurato con	Polizza n.	
	Indirizzo (via, n. civico, località)	Comune		Provincia	CAP
2	Cognome e nome o denominazione	Targa veicolo	Assicurato con	Polizza n.	
	Indirizzo (via, n. civico, località)	Comune		Provincia	CAP

SCELTA DEL LEGALE

☐ Lascio ad INTER PARTNER ASSISTANCE la scelta di un Legale esperto del ramo

☐ Qualora la vertenza non venga definita stragiudizialmente dichiaro fin d'ora di scegliere il Legale di seguito indicato (che secondo le Condizioni Generali di assicurazione deve risiedere nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia

Avvocato (cognome e nome)		Studio Legale		
Indirizzo studio (via, n. civico, località)		Comune	Provincia	CAP
Codice Fiscale/ Partita IVA	e-mail Studio Legale	FAx Studio Legale	Telefono Studio Legale	

Il sottoscritto dichiara di aver compilato la presente denuncia in modo completo e conforme al vero

CONTRAENTE/ ASSICURATO