

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

Trasmissione via fax a **INTER PARTNER ASSISTANCE - Ufficio Tutela Giudiziaria - Fax 06/4870326**
INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 -00173, Roma, Italia

Esercizio	Sinistro n. (spazio riservato a I.P.A.)	Ramo	Codice Prodotto	Massimale Tutela Giudiziaria (€)	Polizza n.
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	
ALLEGATI ALLA DENUNCIA (Allegare sempre fotocopia della polizza)				AUTORITA' INTERVENUTE	
<input type="checkbox"/> Copia denuncia R.C.A. - A.R.D. (Modulo Blu/CID) - Sinistro n.				<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> V.U. <input type="checkbox"/> Altro	
<input type="checkbox"/> Copia eventuale documentazione relativa ai danni materiali (anche preventivo)				Comando di	
<input type="checkbox"/> Eventuale altra documentazione relativa al sinistro			Totale allegati	Danni corporali a terzi <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Danni corporali a trasportati <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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
DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO (Descrizione dettagliata del sinistro - data ora e località)					
SCELTA DEL LEGALE					
<input type="checkbox"/> Lascio ad INTER PARTNER ASSISTANCE la scelta di un Legale esperto del ramo					
<input type="checkbox"/> 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		Telefono Studio Legale	Fax Studio Legale	Eventuale altro recapito tel. (es. cell)	

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

CONTRAENTE/ ASSICURATO