



**Modulo richiesta di Indennizzo****Polizza RiparaCasa New**

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			
<b>DATI DELL'ASSICURATO</b>					
Cognome e nome					
Luogo e data di nascita CF/PI					
Professione					
Residenza					
Reperibilità: giorni dalle ore alle ore					
<b>DESCRIZIONE DELL'EVENTO</b>					
<input type="checkbox"/> Incendio	<input type="checkbox"/> Guasti	<input type="checkbox"/> Terremoto	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> Furto	<input type="checkbox"/> Tutela Legale
<b>Tipologia liquidazione scelta</b>		<input type="checkbox"/> Riparazione diretta		<input type="checkbox"/> Indennizzo ordinario	
Data e ora					
Autorità intervenute					
Località di accadimento del sinistro					
Causa e descrizione dell'evento					
Eventuali altre Assicurazioni (Indicare la compagnia)					
Coordinate bancarie IBAN:					
Banca:					
Intestatario:					
Firma del Contraente/Assicurato 				Data	
<p><b>Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali sensibili</b>          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.</p>					
Luogo e data: _____				Firma:  _____	