

MODULO DA COMPILARE A CURA DEL CONTRAENTE

CONSAP S.p.A.
Servizio Stanza di compensazione
Fax: 06.85796545/546/547/296
E-Mail: rimborsistanza@consap.it

OGGETTO: Richiesta importo del sinistro CARD

Il sottoscritto/a _____
Residente in via/piazza _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Numero Documento _____ Tipo _____
Rilasciato da _____ Scadenza _____
Codice Fiscale _____

nel dichiarare

- che il contratto RC. auto del veicolo targato _____ prevede una clausola bonus/malus con possibilità di rimborso del sinistro al fine di evitare la maggiorazione del premio per sinistrosità;
- di essere titolare del diritto all'esercizio della clausola contrattuale che prevede la possibilità di rimborso del sinistro a Consap per evitare la maggiorazione del premio per sinistrosità;

CHIEDE

che Consap, in qualità di gestore della Stanza di compensazione, comunichi al seguente indirizzo:

l'importo pagato – nell'ambito della procedura di risarcimento diretto, in relazione al sinistro CARD di cui si riportano in appresso gli estremi - essendo consapevole che in mancanza dei suddetti estremi Consap non potrà fornire l'informazione richiesta:

data del sinistro _____
targa del veicolo del responsabile: _____
targa del veicolo del danneggiato: _____
impresa assicuratrice del veicolo del responsabile: _____
impresa assicuratrice del veicolo del danneggiato: _____

Ai sensi del D.L. 196/2003 e successive integrazioni e modifiche, si autorizza Consap al trattamento dei dati personali al solo fine dell'espletamento del servizio richiesto ed in conformità a quanto previsto dalle norme dettate in materia di privacy.

Luogo e data _____

Firma _____