

# MODULO CON DELEGA

CONSAP S.p.A.

Servizio Stanza di compensazione

Indirizzo: Via Yser 14 00198 - Roma

**OGGETTO:** richiesta importo del sinistro CARD

**Il sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
Residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Numero Documento \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_  
Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Contraente della polizza RC auto che garantisce il veicolo targato \_\_\_\_\_

## 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;
- di aver ricevuto le informazioni che ogni impresa assicuratrice - in base al Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 4/2006 - è tenuta a fornire, con apposita comunicazione (tramite agenzia/punto vendita/call center), almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto RC auto, contenente, tra l'altro, l'indicazione dei sinistri pagati a titolo definitivo nel corso dell'annualità contrattuale, distinti fra sinistri rientranti nel regime di risarcimento diretto, per il cui rimborso è necessario rivolgersi a Consap e sinistri non rientranti in tale regime, per il cui rimborso è necessario rivolgersi alla propria impresa;

## DELEGA

CATTOLICA ASSICURAZIONI in qualità di agenzia assicurativa nella persona di Riboldi Fabrizio  
Via Santa Valeria, 100 20831 Seregno  
Numero documento CA30294PI Tipo di carta d'identità: elettronica  
Rilasciato da Comune di Lissone Scadenza 21/09/2032  
Codice Fiscale RBLFRZ61P21F704Z

a presentare a Consap la richiesta per conoscere l'importo pagato, nell'ambito della procedura di risarcimento diretto, in relazione al sinistro CARD, di cui si riportano in appresso gli estremi, consapevole che in mancanza degli stessi Consap non potrà fornire l'informazione richiesta:

data del sinistro: \_\_\_\_\_

targa del veicolo del danneggiato: \_\_\_\_\_

impresa assicuratrice del veicolo del danneggiato: \_\_\_\_\_

impresa assicuratrice del veicolo del responsabile: \_\_\_\_\_

impresa assicuratrice del veicolo del responsabile: CATTOLICA ASSICURAZIONI

## Il delegato chiede

che Consap, quale gestore della Stanza di compensazione, comunichi l'importo pagato, in relazione al suddetto sinistro CARD, al seguente indirizzo: [sinistri@sabiagroup.it](mailto:sinistri@sabiagroup.it)

**DICHIARA** che il soprascritto indirizzo mail è riconducibile a se stesso.

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 delegante \_\_\_\_\_ Firma delegato  \_\_\_\_\_