

Spett.le
CONSAP S.p.A.
Servizio Stanza di compensazione
Via Yser, 14
00198 Roma
Rimborsistanza@consap.it
Fax n°: 06/85796546

Il sottoscritto _____ assicurato per la r.c. auto obbligatoria con la compagnia LINEAR ASSICURAZIONI SPA richiede di conoscere l'importo pagato - nell'ambito della procedura di risarcimento diretto - in relazione al sinistro causato dal veicolo assicurato, i cui dati identificativi sono:

data del sinistro	_____
targa del proprio veicolo assicurato	_____
targa del veicolo del danneggiato	_____
compagnia del proprio veicolo assicurato	_____
compagnia del veicolo danneggiato	_____

Al riguardo, dichiara di essere a conoscenza che la propria compagnia è tenuta - in base al Provvedimento Isvap n. 4/2006 - a fornire, tramite apposita comunicazione, almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, varie informazioni relative al contratto in scadenza, fra cui anche l'indicazione dei sinistri pagati, a titolo definitivo, nel corso dell'annualità contrattuale, per il cui rimborso è necessario rivolgersi alla CONSAP.

Invita, pertanto, la CONSAP - in qualità di gestore della Stanza di compensazione - a comunicare, direttamente, presso il seguente indirizzo:

(nome e cognome) _____

(indirizzo completo) _____

l'importo pagato al fine di poter valutare la convenienza di rimborsare il sinistro per evitare la maggiorazione del premio contemplata nei contratti con clausole bonus-malus e assimilate.

Distinti saluti.