

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CESSIONE DEL DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Da inviare a Real Garant Versicherung AG via mail a sinistri@realgarant.com

SINISTRO N° _____ NUMERO POLIZZA _____

TARGA _____ MARCA MODELLO _____

ASSICURATO _____ CODICE FISCALE/P. IVA _____
(nome e cognome/ragione sociale)

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ MAIL _____

Il sottoscritto _____, in relazione al Sinistro sopra indicato con la presente:

1. autorizza la Compagnia REAL GARANT VERSICHERUNG AG a liquidare quanto dovuto pari a euro _____,
(_____/_____) direttamente all'Officina autorizzata:
Ragione Sociale S.p.A. , con sede in _____ - Tel. _____
2. dichiara che quanto sopra è fatto in assoluta libertà e di non volersi surrogare in alcun modo ed in alcuna posizione creditoria nei confronti della Compagnia REAL GARANT Versicherung AG; dichiara altresì che provvederà a rimborsare direttamente all'Officina autorizzata gli importi relativi al prezzo di parti di ricambio e mano d'opera eventualmente sostituite e non comprese nella Copertura assicurativa.
L'Assicurato dichiara altresì che provvederà a tenere a proprio carico eventuali franchigie previste dalle condizioni di Assicurazione.
3. dichiara, ai fini di un'eventuale verifica fiscale, di
☐ POTERE RECUPERARE (indicare la percentuale detraibile _____%)
☐ NON POTERE RECUPERARE

il costo della quota di I.V.A. relativa all'acquisto, alla manutenzione ed alle riparazioni del sopra descritto veicolo, secondo quanto disposto dall'articolo 19 del D.P.R. 633/72 e successive modifiche.

PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE:

Data: _____

Timbro e firma del dichiarante: _____

Timbro e firma dell'Officina autorizzata: _____