CHP Legal

MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Enti Pubblici

Gentile Assicurato, al fine di procedere con la notifica del sinistro, La invitiamo a: 1) compilare il presente modulo; 2) redigere una relazione confidenziale sui fatti all'origine del sinistro (e in ogni caso a rispondere alle informazioni richieste nel paragrafo 4.3); 3) predisporre copia di eventuali atti giudiziari ed ogni altro documento rilevante; 4) trasmettere nel più breve tempo possibile la suindicata documentazione agli Assicuratori all'indirizzo claims@chplegal.com.
Si rammenta che senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere le proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese connesse all'argomento del contendere.

1. DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO/CONTRAENTE

Contraente

Città | Provincia | CAP

Indirizzo

Telefono cellulare +39 | Indirizzo email

2. DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

Intermediario Assicurativo | Numero di polizza

Decorrenza | Scadenza | Data di retroattività | Ultrattività

Massimale € . . | Franchigia € . .

Ultimo premio pagato in data | Nelle mani di

3. NOTIFICA DEL SINISTRO/CIRCOSTANZA

Il Sottoscritto dichiara che l'Assicurato ha ricevuto/è venuto a conoscenza per la prima volta, in data , di quanto segue:

a) Atto di citazione ☐
b) Conclusione indagini preliminari ☐
c) Invito a dedurre ☐
d) Informazione di garanzia ☐
e) Ricevimento di istanza di mediazione/negoziazione assistita ☐
f) Ricorso TAR ☐
g) Richiesta di risarcimento danni/reclamo ☐
h) Ricorso per accertamento tecnico preventivo ☐
i) Verbale di identificazione ☐
☐
j) Altro (specificare)

4. INFORMAZIONI RILEVANTI

4.1 Dati relativi al danneggiato/reclamante

Pubblico Ministero / Autoritá Pubblica e/o Giudiziaria ☐ oppure:

Nome | Cognome

Città | Provincia | CAP

Indirizzo

Telefono cellulare +39 | Indirizzo email

4.2 Dati relativi al Legale incaricato dal danneggiato/reclamante

Nome | Cognome

Città | Provincia | CAP

Indirizzo

Telefono cellulare +39 | Indirizzo email

4.3 Descrizione dell'evento lesivo all'origine della pretesa risarcitoria del danneggiato/reclamante

Data dell'evento lesivo/circostanza

CHP Legal

Descrizione dell'evento lesivo/circostanza

Danno/i lamentato/i dal danneggiato/reclamante

Eventuali fattori/dettagli che potrebbero limitare/escludere le responsabilità dell'Assicurato

Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)

Ammontare richiesta risarcitoria € . .

5. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

	COMPAGNIA ASSICURATIVA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE
RC Patrimoniale Dipendente (colpa grave)				€ . .
RCT/O				€ . .
Tutela Legale				€ . .
Altro:				€ . .

6. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

a) Atto di citazione ☐
b) Conclusione indagini preliminari ☐
c) Copia di altre polizze stipulate dall'Assicurato ☐
d) Informazione di garanzia/avviso di conclusione indagini ☐
e) Invito a dedurre ☐
f) Relazione dell'Assicurato ☐
g) Richiesta risarcimento danni/reclamo ☐
h) Ricorso per accertamento tecnico preventivo ☐
i) Verbale di identificazione ☐
j) Altro (specificare)

CHP Legal

7. NOTE E COMMENTI

DICHIARAZIONI

N.B. Qualora l'Assicurato venisse in possesso di ulteriore documentazione nei giorni successivi alla denuncia del sinistro, si raccomanda di inviarne immediatamente copia agli Assicuratori all'indirizzo claims@chplegal.com.

Si ricorda che, ai sensi delle condizioni generali di polizza, gli Assicuratori non risponderanno delle spese incontrate dall'Assicurato per i legali che non siano stati designati da essi. Gli Assicuratori assumono, nell'ambito delle garanzie operanti e fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, nominando all'uopo, e solo ove necessario, i legali e/o tecnici. Ai sensi di legge il dichiarante prende atto che tutti i dati riportati e i documenti acclusi al presente modulo, saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con gli Assicuratori.

L'Assicurato, consapevole che eventuali omissioni, false attestazioni e/o reticenze possono comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa, dichiara che le informazioni fornite nel presente modulo sono complete e veritiere.

Nome e Cognome

In qualità di

Firma

Data / /