

**MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
POLIZZA INFORTUNI**

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 3); 3) predisporre copia di ogni eventuale documento rilevante; 4) trasmettere nel più breve tempo possibile la documentazione agli Assicuratori all'indirizzo claims@chplegal.com.

1. DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

Contraente Numero di polizza
Decorrenza Scadenza

2. DATI PERSONALI DELL'INFORTUNATO

Nome Cognome
Partita Iva/Codice Fiscale Data di nascita
Indirizzo Numero CAP
Comune Provincia Telefono
Indirizzo email

3. DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO

Data dell'infortunio

Luogo

Descrizione dell'infortunio

Descrizione delle lesioni

Quando ha consultato il medico per la prima volta a causa di questo infortunio?

Si è mai reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questo infortunio? SI NO

Indicare data di fine infortunio

Sono previsti altri ricoveri? SI NO

Sono intervenute autorità? In caso positivo specificare (Carabinieri - Polizia - Vigili del Fuoco)

E' ravvisabile la responsabilità di terzi? In caso positivo indicare le generalità del responsabile

E' assicurato per tali eventi presso altri Assicuratori (se si quali)?

4. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

- a) Certificato del Pronto Soccorso
- b) Certificato del medico curante, diagnosi e prognosi
- c) Cartella clinica
- d) Modulo CAI
- e) Relazione dell'Assicurato
- f) Altro (specificare)

DICHIARAZIONI

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.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO

Con la presente autorizzo CHP Legal al trattamento dei Dati Personali, ivi compreso l'utilizzo di dati e / o informazioni riguardanti Dati Sensibili (quali, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute) e / o Giudiziari per lo svolgimento delle attività necessarie alla gestione del sinistro. Autorizzo CHP Legal, nella misura necessaria a consentire la gestione e l'eventuale liquidazione del sinistro, a trasmettere i dati a terzi partecipanti al contratto assicurativo sia in Italia che all'estero, e in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori. Autorizzo altresì CHP Legal a richiedere informazioni utili presso uffici amministrativi e altri terzi nonché a prendere visione di atti amministrativi e giudiziari per finalità di gestione sinistri. Confermo di aver ottenuto il consenso di ogni persona di cui fornisco dettagli per l'utilizzo dei loro Dati Personali, Sensibili e Giudiziari emersi dalla gestione del sinistro. Il presente consenso vale a prescindere dall'assunzione del caso di sinistro. CHP Legal è autorizzata a comunicare i dati necessari per la presentazione di eventuali azioni di regresso al terzo responsabile o al suo assicuratore di responsabilità civile. Confermo inoltre di aver letto e compreso l'Informativa Privacy pubblicata sul sito di CHP Legal al seguente indirizzo: <https://chplegal.com/it/privacy-modulo-notifica-sinistri>.

L'autorizzazione costituisce il presupposto necessario per lo svolgimento dell'incarico di gestione del sinistro derivante dalla presente segnalazione ed alla quale non si potrà dare seguito in assenza dell'autorizzazione stessa.

FIRMA PER LA DICHIARAZIONE

Firma

Data

 / /

FIRMA PER L'AUTORIZZAZIONE

Autorizzo (autorizzazione necessaria)

Firma

Data

 / /

ATTENZIONE: Entrambe le firme sono necessarie per processare la segnalazione.