

**MODULO DENUNCIA SINISTRO  
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM  
Dipendenti della Pubblica Amministrazione**

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](mailto: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/DENUNCIANTE**

Funzione (Ruolo) dell'Assicurato

a) in servizio  b) in servizio presso altro Ente: dal  denominazione Ente

c) cessato: in data  a causa di: pensionamento  licenziamento  morte   
 altro (specificare)

Nome  Cognome

Nome e Cognome del Denunciante (se diverso dall'Assicurato)

Città  Provincia  CAP

Indirizzo  Codice Fiscale

Denominazione Ente di appartenenza

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 di aver ricevuto/essere venuto a conoscenza per la prima volta, in data , di quanto segue:

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

**4. INFORMAZIONI RILEVANTI**

**4.1 Dati relativi al danneggiato/reclamante**

Pubblico Ministero / Autorità 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

COMPAGNIA ASSICURATIVA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE																															
RC Professionale	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											€ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>					.				.		
				.				.																										
RC Patrimoniale Ente	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											€ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>					.				.		
				.				.																										
RCT/O Ente	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											€ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>					.				.		
				.				.																										
Tutela Legale	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											€ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>					.				.		
				.				.																										
Altro:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											€ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>					.				.		
				.				.																										

**6. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI**

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| a) Atto di citazione                                | <input type="checkbox"/> | b) Conclusione indagini preliminari            | <input type="checkbox"/> |
| c) Copia di altre polizze stipulate dall'Assicurato | <input type="checkbox"/> | d) Informazione di garanzia                    | <input type="checkbox"/> |
| e) Invito a dedurre                                 | <input type="checkbox"/> | f) Relazione dell'Assicurato                   | <input type="checkbox"/> |
| g) Richiesta risarcimento danni/reclamo             | <input type="checkbox"/> | h) Ricorso per accertamento tecnico preventivo | <input type="checkbox"/> |
| i) Verbale di identificazione                       | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| j) Altro (specificare)                              |                          |  |                          |


