

**MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Professioni Tecniche**

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

Professione: - Agronomo - Architetto - Chimico - Consulente sulla Sicurezza
 - Geologo - Geometra/Perito Edile - Ingegnere - Ingegnere Navale
 - Restauratore - Perito Industriale - Studio di Architetti/Ingegneri - Studio Associato professioni miste

Nome Cognome

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

Città Provincia CAP Anno di iscrizione all'albo

Indirizzo Partita Iva/Codice Fiscale

Telefono cellulare +39 Indirizzo email

Ragione/Denominazione Sociale (in caso di Studio)

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) Provvedimento di sospensione lavori, demolizione, sequestro | <input type="checkbox"/> | f) Opposizione a decreto ingiuntivo/pagamento della parcella all' Assicurato | <input type="checkbox"/> |
| g) Ricevimento di istanza di mediazione/negoziazione assistita | <input type="checkbox"/> | h) Richiesta di risarcimento danni/reclamo | <input type="checkbox"/> |
| i) Ricorso per accertamento tecnico preventivo | <input type="checkbox"/> | j) Verbale di identificazione | <input type="checkbox"/> |
| k) Procedimento d'urgenza ex Art. 700 c.p.c. | <input type="checkbox"/> | | |
| l) 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 origine del sinistro/circostanza

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

Indicare in quale categoria ricade il danno lamentato dal terzo

- | | | | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| a) Errore nella stima/progettazione | <input type="checkbox"/> | b) Danni fisici subiti da terzi | <input type="checkbox"/> | c) Incidente mortale sul luogo di lavoro | <input type="checkbox"/> |
| d) Errore nei materiali usati | <input type="checkbox"/> | e) Mancanza di autorizzazione/errore amministrativo | <input type="checkbox"/> | f) Danni materiali causati a terzi | <input type="checkbox"/> |
| g) inquinamento accidentale | <input type="checkbox"/> | h) Errore nella valutazione/collaudo | <input type="checkbox"/> | i) Mancato rispetto norme e regolamenti | <input type="checkbox"/> |
| j) Mancato rispetto normative sulla sicurezza | <input type="checkbox"/> | | | | |
| k) Altro (specificare) | | | | | |

--

Indicare l'incarico professionale svolto dall'Assicurato

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| a) Progettista | <input type="checkbox"/> | b) Direttore dei lavori/Direttore operativo | <input type="checkbox"/> | c) Direttore cantiere | <input type="checkbox"/> |
| d) Assistente tecnico | <input type="checkbox"/> | e) Coordinatore della progettazione | <input type="checkbox"/> | f) Calcolatore statico | <input type="checkbox"/> |
| g) Collaudatore | <input type="checkbox"/> | h) Responsabile della sicurezza | <input type="checkbox"/> | i) Calcolatore cemento armato | <input type="checkbox"/> |
| j) Validatore | <input type="checkbox"/> | | | | |
| k) Altro (specificare) | | | | | |

--

Descrizione dell'evento lesivo origine del sinistro/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 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></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></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></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/avviso di conclusione indagini | <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) | | | |

7. NOTE E COMMENTI

DICHIARAZIONE

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

Firma

Data

/ /