

**MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Responsabilità civile Terzi/Operai**

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

Tipologia di attività svolta

Contraente

Città Provincia CAP

Indirizzo Partita Iva

Telefono cellulare +39 Indirizzo email

2. DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

Intermediario Assicurativo Numero di polizza

Decorrenza Scadenza 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) Opposizione a decreto ingiuntivo/pagamento della parcella all'Assicurato | <input type="checkbox"/> |
| e) Informazione di garanzia | <input type="checkbox"/> | f) Ricevimento di istanza di mediazione/negoiazione assistita | <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

Luogo dell'evento lesivo/circostanza

indirizzo Città Provincia

Nel caso in cui fossero intervenute Autorità di pubblica sicurezza, indicare

Denominazione di tali Autorità

Località di appartenenza di tali Autorità

Nel caso in cui vi fossero testimoni presenti al momento dell'evento lesivo/circostanza, indicarne le generalità ed i contatti

NOME	COGNOME	TELEFONO CELLULARE	INDIRIZZO EMAIL
		+39 <input type="text"/>	
		+39 <input type="text"/>	
		+39 <input type="text"/>	
		+39 <input type="text"/>	
		+39 <input type="text"/>	

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 Professionale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
RC Patrimoniale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Tutela Legale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Altro:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

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

/ /