

CLAIM INFORMATION FORM

MODULO RACCOLTA INFORMAZIONI SINISTRO RC PROFESSIONALE

Gentile Assicurato,

Gli Assicuratori confermano ricezione della denuncia di Sinistro da Lei recentemente inviata e La invitano a:
1) compilare il presente questionario. 2) redigere una relazione confidenziale sui fatti all'origine del sinistro (e in ogni caso a rispondere alle informazioni richieste nel paragrafo 4), predisporre copia di eventuali atti giudiziari ed ogni altro documento rilevante. 3) trasmettere nel più breve tempo possibile la suindicata documentazione ad uno dei seguenti recapiti:

sinistri@cuneoassicurazioni.it

Si rammenta che senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese connesse all'argomento del contendere.

DATI ANAGRAFICI DELL' ASSICURATO

Cognome		Nome	
Indirizzo:			
CAP		Città	
Provincia		Data di nascita	
Indirizzo email			
Recapito telefonico:			

PROFESSIONE DELL' ASSICURATO:

- ☐ Dottore Commercialista
☐ Architetto
☐ Perito edile
☐ Ragioniere
Commercialista ☐ Ingegnere
☐ Perito Industriale
☐ Consulente del
Lavoro ☐ Geometra
☐ Perito Chimico
☐ Avvocato
☐ Broker di Assicurazioni
☐ Agente di Assicurazioni
☐ Altro (specificare):.....

CUNEO ASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

Numero di polizza:			
Contraente:			
Assicurato:			
Decorrenza:		Scadenza:	
Massimale:		Franchigia:	
Data di Retroattività:		Ultrattività:	
Ultimo premio pagato in data:			
Nelle mani di:			
Intermediario Assicurativo:			

DETTAGLI SINISTRO

Si informano gli Assicuratori della polizza di cui sopra **che in data** (____/____/____) **il sottoscritto è venuto** a conoscenza **per la prima volta** di fatti, notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dal **sottoscritto**, con riferimento ad atti o fatti posti in essere successivamente alla data di effetto/Data di Retroattività (SPECIFICARE) dell'assicurazione di cui sopra, nel modo indicato in seguito:

- ☐ Invito a dedurre (cdc)
- ☐ Informazione di garanzia
- ☐ Atto di citazione
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- ☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo
- ☐ Verbale di Identificazione
- ☐ Altro (specificare).....

INFORMAZIONI RILEVANTI

Dati relativi al danneggiato/reclamante:

Cognome			Nome	
Indirizzo:				
CAP		Città		
Provincia		Data di nascita		
Indirizzo email				

CUNEO ASSICURAZIONI

DI PEDRONI ENDY

Recapito telefonico:			
Legale incaricato:		Indirizzo:	
Città:		Provincia	
Recapito telefonico:			
Indirizzo email:			

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

Data di accadimento dell'evento lesivo:

Tipo di prestazione dall'esecuzione- o mancata esecuzione -della quale trae origine la pretesa risarcitoria:

Danni lamentati dal danneggiato/reclamante (pretesa risarcitoria):

Ruolo svolto dall'Assicurato:

Altre persone coinvolte (indicare generalità, ruolo e profili di responsabilità):

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO

RC Professionale

Compagnia:	
Decorrenza:	

3

Cuneo Assicurazioni di Pedroni Endy

Sede Legale/Operativa: Via A. Volta 21 – 25030 Castrezzato (BS) Tel: 030 09 98 930 Cel: 391 71 16 993

E-mail: info@cuneoassicurazioni.it – Web: www.cuneoassicurazioni.it - P.I. 03744320981 - RUI E000598409

DI PEDRONI ENDY

Scadenza	
Massimale	

Tutela Legale

Compagnia:	
Decorrenza:	
Scadenza	
Massimale	

ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI

- ☐ Polizza RC Professionale contratta con **ALTRI** Assicuratori
- ☐ Polizza Tutela Legale
- ☐ Informazione di garanzia
- ☐ Atto di citazione
- ☐ Richiesta risarcimento danni/reclamo [
- ☐ Verbale di Identificazione
- ☐ Relazione dell'Assicurato
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 c.p.c.
- ☐ Altro (specificare):

NOTE/COMMENTI PERSONALI DELL'ASSICURATO:

[illegible]

Data

Firma assicurato