

**MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Professioni Economico-Giuridiche**

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@furnessinsurance.com anche tramite il broker. 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: - Avvocato - Commercialista - Consulente del Lavoro - Ragioniere Commercialista
 - Studio Associato Legale - Studio Associato di Commercialisti - Studio Associato Legale e Contabile

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) 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

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

Indicare in quale categoria ricade il danno lamentato dal terzo

- a) Attività legale/contabile b) Consiglio d'amministrazione, Collegio sindacale c) Attività EDP d) Curatele fallimentari, liquidazioni
 e) Altro (specificare)

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D&O	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

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

