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@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

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 ☐
b) Conclusione indagini preliminari ☐
c) Invito a dedurre ☐
d) Informazione di garanzia ☐
e) Ricevimento di istanza di mediazione/negoziazione assistita ☐
f) Ricorso TAR ☐
g) Richiesta di risarcimento danni/reclamo ☐
h) Ricorso per accertamento tecnico preventivo ☐
i) Verbale di identificazione ☐
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

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				€ . .
RC Patrimoniale Ente				€ . .
RCT/O Ente				€ . .
Tutela Legale				€ . .
Altro:				€ . .

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 ☐
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)

7. NOTE E COMMENTI

DICHIARAZIONI

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@furnessinsurance.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 dei Lloyd's.

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 / /