



COPERTINA denuncia di Sinistro

ATTENZIONE

I documenti sotto evidenziati debitamente compilati e/o sottoscritti, devono essere inviati alternativamente:

- a mezzo fax al n. 0923.1876.135
- per email ad assunzioni.rc@eagledirect.eu

Data: _____ DA: _____

Oggetto: Polizza n. _____ Denuncia Sinistro

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Modulo di Denuncia Sinistro
2. Copia della Richiesta di Risarcimento ricevuta o della Circostanza
3. Eventuale copia del/i certificato/i inerente la/e estensione/i di garanzia
4. Eventuale copia delle condizioni di assicurazione dell'altra polizza della Responsabilità Civile Professionale (se presente ed in corso)
5. Eventuale copia delle condizioni di assicurazione della/e precedente/i polizza/e di assicurazione della Responsabilità Civile Professionale e le relative quietanze

Note :



MODULO DI DENUNCIA SINISTRO PER LA POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE AMMINISTRATORI DI STABILI

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Il presente modulo di denuncia deve essere utilizzato in ipotesi di Sinistro, ossia nel caso in cui si sia

1. ricevuta una **Richiesta di Risarcimento**, ossia
 - qualsiasi citazione in giudizio o altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali proposte nei propri confronti e/o nei confronti di propri collaboratori
 - qualsiasi contestazione scritta che presupponga l'addebito di un atto illecito
2. venuti a conoscenza di una **Circostanza**, ossia
 - qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti e/o nei confronti di propri collaboratori
 - qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta propria o di propri collaboratori, da cui possa trarne origine una Richiesta di Risarcimento
 - qualsiasi atto o fatto di cui si sia a conoscenza e che potrebbe ragionevolmente dare luogo a una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti e/o nei confronti di propri collaboratori

Le dichiarazioni rese nel presente modulo di denuncia devono essere complete e veritiere, poiché, come disposto dall'Articolo XI - Sezione A delle condizioni di assicurazione, nelle ipotesi di richieste di indennizzo false o fraudolente, esagerazione dolosa dell'ammontare del danno, dichiarazione di fatti non rispondenti al vero, produzione di documenti falsi, occultamento di prove, agevolazione di intenti fraudolenti di terzi, si perde il diritto a ogni indennizzo.

ATTENZIONE!

Si rammenta che, ai sensi delle condizioni di assicurazione, non si deve ammettere la responsabilità propria o di propri collaboratori in relazione a Richieste di Risarcimento o concordarne l'entità oppure non si devono sostenerne i costi, gli oneri o le spese senza il consenso scritto degli assicuratori. In caso di Richiesta di Risarcimento, non si deve pregiudicare la posizione degli assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.

ATTENZIONE!

Si rammenta che in caso di Sinistro, se ne deve dare avviso a tutti gli assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri.

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO PER LA POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE AMMINISTRATORI DI STABILI**

DATI DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Indirizzo _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata? SI NO

Se NO, nel caso in cui l'esercizio dell'attività professionale sia cessato per decesso o pensionamento, indicare la data di cessazione _____ / _____ / _____

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

Altre assicurazioni professionali

E' in corso altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale? SI NO

Precedenti assicurazioni professionali

E' esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ulteriore rispetto alla polizza Presente? SI NO

DETTAGLI DEL SINISTRO

Data del Sinistro

Data di ricezione della Richiesta di Risarcimento o di avvenuta conoscenza della Circo stanza _____ / _____ / _____

Dati del presunto danneggiato

Nome e Cognome/Denominazione _____

Indirizzo _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

Dati del legale del presunto danneggiato (se incaricato)

Nome e Cognome _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

