

**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@furnessunderwriting.com](mailto:claims@furnessunderwriting.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 Giudiziarria  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"/>
RC Patrimoniale		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Tutela Legale		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Altro:		<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

## 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@furnessunderwriting.com](mailto:claims@furnessunderwriting.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'ineoperatività della garanzia assicurativa, dichiara che le informazioni fornite nel presente modulo sono complete e veritiere.

## AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO

Con la presente autorizzo CHP Legal al trattamento dei Dati Personali, ivi compreso l'utilizzo di dati e / o informazioni riguardanti Dati Sensibili (quali, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute) e / o Giudiziari per lo svolgimento delle attività necessarie alla gestione del sinistro. Autorizzo CHP Legal, nella misura necessaria a consentire la gestione e l'eventuale liquidazione del sinistro, a trasmettere i dati a terzi partecipanti al contratto assicurativo sia in Italia che all'estero, e in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori. Autorizzo altresì CHP Legal a richiedere informazioni utili presso uffici amministrativi e altri terzi nonché a prendere visione di atti amministrativi e giudiziari per finalità di gestione sinistri. Confermo di aver ottenuto il consenso di ogni persona di cui fornisco dettagli per l'utilizzo dei loro Dati Personali, Sensibili e Giudiziari emersi dalla gestione del sinistro. Il presente consenso vale a prescindere dall'assunzione del caso di sinistro. CHP Legal è autorizzata a comunicare i dati necessari per la presentazione di eventuali azioni di regresso al terzo responsabile o al suo assicuratore di responsabilità civile. Confermo inoltre di aver letto e compreso l'Informativa Privacy pubblicata sul sito di CHP Legal al seguente indirizzo: <https://chplegal.com/it/privacy-modulo-notifica-sinistri>

L'autorizzazione costituisce il presupposto necessario per lo svolgimento dell'incarico di gestione del sinistro derivante dalla presente segnalazione ed alla quale non si potrà dare seguito in assenza dell'autorizzazione stessa.

## FIRMA PER LA DICHIARAZIONE

Nome e Cognome

Firma

Data

## FIRMA PER L'AUTORIZZAZIONE

Autorizzo (autorizzazione necessaria)

Nome e Cognome

Firma

Data

**ATTENZIONE: Entrambe le firme sono necessarie per processare la segnalazione.**