



**MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Professioni non regolamentate**

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@iprbrokers.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

Nome Cognome

Nome e Cognome del Denunciante (se diverso dall'Assicurato)

Città Provincia CAP

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/negoziazione 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

Grid for date entry

Descrizione dell'evento lesivo/circostanza

Multiple text input boxes for event description

Danno/i lamentato/i dal danneggiato/reclamante

Multiple text input boxes for damage description

Eventuali fattori/dettagli che potrebbero limitare/escludere le responsabilità dell'Assicurato

Multiple text input boxes for limiting factors

Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)

Multiple text input boxes for other parties

Ammontare richiesta risarcitoria

€ Grid for amount entry

5. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

COMPAGNIA ASSICURATIVA

DECORRENZA

SCADENZA

MASSIMALE

Table with 4 columns: Coverage Type, Company, Duration, Expiry, and Maximum Amount

6. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

- List of documents with checkboxes: 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)

Multiple text input boxes for additional document details

