



**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@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: - 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 b) Conclusione indagini preliminari
 c) Invito a dedurre d) Opposizione a decreto ingiuntivo/pagamento della parcella all'Assicurato
 e) Informazione di garanzia f) Ricevimento di istanza di mediazione/negoiazione assistita
 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

Grid for date entry

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)

Text input field for category e)

Descrizione dell'evento lesivo/circostanza

Multiple text input fields for event description

Danno/i lamentato/i dal danneggiato/reclamante

Multiple text input fields for damage description

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

Multiple text input fields for limiting factors

Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)

Multiple text input fields for other parties

Ammontare richiesta risarcitoria

€ Grid for amount entry

5. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

Table with columns: COMPAGNIA ASSICURATIVA, DECORRENZA, SCADENZA, MASSIMALE. Rows include RC Professionale, D&O, 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/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)

Multiple text input fields for document details



7. NOTE E COMMENTI

Area reserved for notes and comments, consisting of 16 horizontal text input fields.

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@iprbrokers.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'inoperatività 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

FIRMA PER L'AUTORIZZAZIONE

Autorizzo (autorizzazione necessaria)

Form for the signature of the declaration, including fields for Name and Surname, Signature, and Date.

Form for the signature of the authorization, including fields for Name and Surname, Signature, and Date.

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