**Modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia sinistro**

**POLIZZA DI RESPONSABILITA’ PATRIMONIALE COLPA GRAVE e/o**

**POLIZZA TUTELA LEGALE COLPA GRAVE**

Gentile Assicurato,

per poter denunciare il sinistro, la invitiamo a compilare il presente questionario e trasmetterlo entro 30 giorni dalla data in cui è venuto formalmente a conoscenza dell’evento dannoso unitamente a tutta la documentazione richiamata al punto 9. del presente documento tramite posta elettronica esclusivamente al seguente indirizzo:

[unit103trento@pec.inserspa.eu](mailto:unit103trento@pec.inserspa.eu)

Si rammenta che senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l’Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese connesse all’argomento del contendere.

Compilare:

1. **DATI ANAGRAFICI DELL’ASSICURATO (da compilare obbligatoriamente)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Cognome** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Indirizzo** |  | | | | | | | | | N° Civico | |  | |
| **CAP** |  |  |  | |  |  | Città | |  | | Prov | |  |
| **Ente di appartenenza** (relativamente al sinistro oggetto di denuncia) | | | | | | | |  | | | | | |
| **Data di nascita** | ../…/… | | | Indirizzo email\* | | | |  | | | | | |
| **Codice Fiscale** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Recapito telefonico** |  | | | | | | | | | | | | |

\* è fondamentale fornire indirizzo email al quale verranno inviate tutte le comunicazioni

1. **POLIZZA CHE L’ASSICURATO VUOLE ATTIVARE (da barrare almeno una casella)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Polizza RC Patrimoniale colpa grave** | \*\* |
| **Polizza Tutela Legale colpa grave** | \*\* |

\*\* Allegare copia del certificato assicurativo e/o altra documentazione disponibile

1. **(SE PRESENTI) ALTRE POLIZZE ASSICURATIVE EVENTUALMENTE SOTTOSCRITTE PER IL MEDESIMO RISCHIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo Polizza** | **Compagnia** | **Decorrenza** | **Scadenza** | **Massimale** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **SINISTRO**

|  |
| --- |
| In data ( / / ) il sottoscritto è venuto a conoscenza per la prima volta di :  (descrivere dettagliatamente o allegare relazione): ………………….. |

1. **DATA DI ACCADIMENTO DEL FATTO (evento che ha generato il sinistro)**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA DEL FATTO** |  |

1. **DATI RELATIVI ALLA CONTROPARTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo** |  | | | | | | | | | | |
| **Indirizzo** |  | | | | | | | N° Civico | |  | |
| **CAP** |  |  |  |  |  | Città |  | | Prov | |  |

1. **INDICAZIONE DEL LEGALE EVENTUALMENTE INCARICATO DALL’ASSICURATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Indirizzo Studio** |  |
| **Telefono** |  |
| **Indirizzo email** |  |

**Barrare la seguente casella prescelta:**

* Allego Preventivo
* Farò seguito con Preventivo

1. **INDICAZIONE DEL PERITO EVENTUALMENTE INCARICATO DALL’ASSICURATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Indirizzo Studio** |  |
| **Telefono** |  |
| **Indirizzo email** |  |

**Barrare la seguente casella prescelta:**

* Allego Preventivo
* Farò seguito con Preventivo

1. **ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE**

* Copia del certificato assicurativo (obbligatorio);
* Copia dell’atto ricevuto dall’Assicurato (obbligatorio);
* Relazione dell’Assicurato sui fatti ed eventuale propria valutazione;
* Eventuale copia della polizza a tutela del medesimo rischio stipulata personalmente con altri assicuratori e copia della relativa denuncia di sinistro loro inviata;
* (oppure) Dichiarazione di non possedere altre Coperture Assicurative a tutela del medesimo rischio stipulate personalmente;
* Preventivi di spesa dell’eventuale Legale o Perito;
* Modulo Privacy Inser compilato e sottoscritto;
* Modulo Privacy UnipolSai compilato e sottoscritto;
* Altro (specificare):

**Ai sensi di legge il dichiarante prende atto che tutti i dati riportati e i documenti acclusi al presente documento saranno acquisiti esclusivamente per la finalità di denuncia del sinistro agli Assicuratori di cui alle polizze contratte tramite Inser Spa.**

**L’Assicurato – consapevole che eventuali omissioni, false attestazioni e/o reticenze possono comportare l’inoperatività della garanzia assicurativa – dichiara che le informazioni fornite dono complete e veritiere.**

**Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**