

CLAIM INFORMATION FORM

Modulo Raccolta Informazioni Sinistro RC Professionale

Gentile Assicurato,

gli Assicuratori confermano ricezione della denuncia di Sinistro da Lei recentemente inviata e La invitano a: 1) compilare il presente questionario. 2) redigere una relazione confidenziale sui fatti all'origine del sinistro (e in ogni caso a rispondere alle informazioni richieste nel paragrafo 4b), predisporre copia di eventuali atti giudiziari ed ogni altro documento rilevante. 3) trasmettere nel piu' breve tempo possibile la suindicata documentazione ad uno dei seguenti recapiti:

www.chplondon.com

Claims@chplondon.com

CHP London Limited, Via Durini 4, Milano 20122

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.

1) DATI ANAGRAFICI DELL' ASSICURATO

Cognome:		Nome:	
Indirizzo:			
CAP:		Citta':	
Provincia:		Data di nascita:	/ /
Indirizzo email:			
Recapito telefonico:			
PROFESSIONE DELL'ASSICURATO:			
<input type="checkbox"/> Dottore Commercialista	<input type="checkbox"/> Architetto	<input type="checkbox"/> Perito edile	
<input type="checkbox"/> Ragioniere Commercialista	<input type="checkbox"/> Ingegnere	<input type="checkbox"/> Perito Industriale	
<input type="checkbox"/> Consulente del Lavoro	<input type="checkbox"/> Geometra	<input type="checkbox"/> Perito Chimico	
<input type="checkbox"/> Avvocato			
<input type="checkbox"/> Broker di Assicurazioni			
<input type="checkbox"/> Agente di Assicurazioni	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):.....		

2) DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

Numero di polizza:			
Contraente:			
Assicurato:			
Decorrenza:	/ /	Scadenza:	/ /
Massimale:		Franchigia:	
Data di Retroattivit�:	/ /	Ultrattivit�:	/ /
Ultimo premio pagato in data:	/ /		
Nelle mani di:			
Intermediario Assicurativo:			

3) SINISTRO

Si informano gli Assicuratori della polizza di cui sopra **che in data** (/ /) **il sottoscritto   venuto** a conoscenza **per la prima volta** di fatti, notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attivit  professionale esercitata dal **sottoscritto**, con riferimento ad atti o fatti posti in essere successivamente alla data di effetto (Data di Retroattivit ) dell'assicurazione di cui sopra, nel modo indicato in seguito:

- Invito a dedurre (cdc)
- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- Richiesta risarcimento danni/reclamo
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare).....

4) INFORMAZIONI RILEVANTI

4.a Dati relativi al danneggiato/reclamante:

Cognome:		Nome:	
Indirizzo:			
CAP:		Citta':	
Provincia:		Data di nascita:	/ /
Indirizzo email:			
Recapito telefonico:			
Legale incaricato:		Indirizzo:	
Citta':		Provincia:	
Indirizzo email:		Recapito telefonico:	

4.b b Descrizione dell'evento lesivo all'origine della pretesa risarcitoria del danneggiato/reclamante:

Data di accadimento dell'evento lesivo:	/ /
-----------------------------------------	-----

Tipo di prestazione dall'esecuzione- o mancata esecuzione -della quale trae origine la pretesa risarcitoria:

--

Danni lamentati dal danneggiato/reclamante (pretesa risarcitoria):

--

Ruolo svolto dall'Assicurato:

--

Altre persone coinvolte (indicare generalita', ruolo e profili di responsabilita'):

--

5) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO

	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale
RC Professionale		/ /	/ /	
Tutela Legale		/ /	/ /	

6) ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI

[]	Polizza RC Professionale contratta con ALTRI Assicuratori
[]	Polizza Tutela Legale
[]	Informazione di garanzia
[]	Atto di citazione
[]	Richiesta risarcimento danni/reclamo
[]	Verbale di Identificazione
[]	Relazione dell'Assicurato
[]	Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 c.p.c.
[]	Altro (specificare):

7) NOTE/COMMENTI

--



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.

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 da essi stati designati. 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. Gli adempimenti sopra richiesti costituiscono condizione essenziale per l'operatività della Polizza R.C. PROFESSIONALE. Ai sensi di legge il dichiarante prende atto che tutti i dati riportati e i documenti acclusi al presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con gli Assicuratori dei Lloyd's.

L'Assicurato - consapevole che eventuali omissioni, false attestazioni e/o reticenze possono comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa- dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere.

Nome:		Luogo:	
Data:	/	/	Firma: