

ASSICURAZIONE DEI CLIENTI FINALI CIVILI DEL GAS – EX DELIBERA AEEGSI 223/2016/R/GAS DEL 12.05.2016

POLIZZA UnipolSai ASSICURAZIONI S.p.A. nn. 65/150580408 (RCT), 44/150580608 (Incendio), 77/150580871 (Infortuni)

Validità: dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2017 alle ore 00:00 del 1° gennaio 2021

Contraente: Comitato Italiano Gas – CIG, Via Larga n. 2, 20122 Milano

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (MDS) AI FINI ASSICURATIVI - DA UTILIZZARE PER LA DENUNCIA DI SINISTRI AVVENUTI DAL 1° GENNAIO 2017

Avvertenza: Per la compilazione del presente modulo si consiglia di prendere visione del contratto di Polizza applicabile al sinistro che si denuncia, disponibile sul sito internet del CIG www.cig.it alla pagina "Assicurazione".

Per informazioni, chiarimenti o assistenza si prega di telefonare al numero verde 800 92 92 86 del CIG.

SEZIONE 1 - Informazioni generali sul sinistro denunciato

1.1

Denuncia di sinistro e di richiesta di Risarcimento/Indennizzo, presentata in qualità di (ammessa una sola scelta):

- Soggetto assicurato Procuratore (Sostituto) del Soggetto Assicurato
- Soggetto terzo Procuratore (Sostituto) del Soggetto Terzo Danneggiato

*Il/La sottoscritto/a o La Società (nome, cognome o Ragione Sociale)

*Via *N *CAP *Città (.....)

*Tel. Cell. e-mail

per conto di (Solo per Procuratori, Cognome e Nome o Ragione Sociale del Soggetto Tutelato):

*Via *N *CAP *Città (.....)

*Tel. Cell. e-mail

*Comunica che il giorno: / 20 alle ore: :

*In: (via e n. civico) *Comune di Cap Prov

*Nell'impianto di Utenza n. *Intestato a (Cognome e nome del titolare dell'utenza):

* Classe del Contatore Installato (Reperibile sulla bolletta di fornitura, con formato Gxxx, ove xxx è un numero, che per le utenze domestiche in genere è 4 o 6)

Alimentato dalla Società:

1.2

*Si è verificato il seguente incidente (descrivere il più accuratamente possibile l'incidente, le sue probabili cause se note, la dinamica e in via sintetica i danni conseguenti a beni mobili e immobili e alle persone indicando il numero e le generalità degli eventuali deceduti e/o infortunati)

DECEDUTI N.: DECEDUTI (Nome e Cognome):

INFORTUNATI N.: INFORTUNATI (Nome e Cognome):

1.3

Sul luogo dell'incidente sono intervenuti:

*Corpo dei Vigili del Fuoco: SI NO

*Redatto verbale: SI NO

*Unità Medica: SI NO

*Redatto verbale: SI NO

E le seguenti Autorità:

a)

*Redatto verbale: SI NO

b)

*Redatto verbale: SI NO

c)

*Redatto verbale: SI NO

Testimoni:

.....
(Cognome e Nome)

.....
(Residenza: indirizzo, cap, città)

.....
(Telefono/cellulare)

.....
(Cognome e Nome)

.....
(Residenza: indirizzo, cap, città)

.....
(Telefono/cellulare)

.....
(Cognome e Nome)

.....
(Residenza: indirizzo, cap, città)

.....
(Telefono/cellulare)

2.3

SEZIONE "B" - Incendio: descrizione sintetica dei danni all'immobile o porzione dello stesso da cui ha avuto origine il sinistro:

2.4

SEZIONE "B" - Incendio: Descrizione Sintetica dei danni alle cose contenute al momento del sinistro nell'immobile da cui esso ha avuto origine (precisare, se diversi, i rispettivi proprietari di cui alla precedente tabella):

#1

#2

#3

#4

#5

2.5

SEZIONE "C" - Infortuni: Descrizione Sintetica degli Infortuni:

#1

#2

#3

#4

#5

3.3

SEZIONE "A" - RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI - DANNI A BENI IMMOBILI

Descrizione Sintetica dei danni agli immobili o porzione degli stessi, diversi da quello da cui ha avuto origine il sinistro:

3.4

SEZIONE "A" - RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI - DANNI A BENI MOBILI

Descrizione Sintetica dei danni ai beni mobili, diversi da quelli contenuti nell'appartamento da cui ha avuto origine il sinistro:

#1

#2

#3

#4

#5

3.5

SEZIONE "A" - RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI - DANNI ALLA SALUTE

Descrizione Sintetica dei danni alla salute subiti dai soggetti di cui al Quadro 3.1:

#1

#2

#3

#4

#5

SEZIONE 4 - Altre polizze e tabella riassuntiva della documentazione allegata

Si precisa che ai fini dell'applicazione degli Artt. 16-bis e 23-bis del Contratto di Polizza, gli immobili/cose danneggiati/e per i quali si richiede un risarcimento/indennizzo sono anche garantiti dalle seguenti **Polizze Assicurative**:

i. n. Polizza: Compagnia: Scadenza:

ii. n. Polizza: Compagnia: Scadenza:

iii. n. Polizza: Compagnia: Scadenza:

Stipulate da: (Cognome e Nome dei titolari delle Polizze; precisare se si tratta di Amministratore di Condominio):

i. in qualità di:

ii. in qualità di:

iii. in qualità di:

Recapiti dei Titolari delle polizze di cui al punto precedente (indirizzo, telefono, cellulare, e-mail):

i.

ii.

iii.

4.1

Si dichiara che alla presente si allegano i seguenti documenti:

#	Nome e Cognome	In qualità di		Tipo di danno		DOCUMENTO
	<i>del Titolare del Diritto cui il documento si riferisce</i>	Assicurato	Terzo	Beni mobili e/o immobili	Salute	<i>Titolo e/o Descrizione sintetica del documento allegato</i>
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data della denuncia:	Firma:

Autorizzazione al trattamento dei dati

Preso atto dei diritti riconosciuti dal D. Lgs. 196/2003 acconsento al trattamento dei dati qui forniti.

Consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può aver luogo senza la comunicazione dei dati personali alla compagnia UnipolSai ASSICURAZIONI S.p.A. e agli altri soggetti titolari del trattamento dei dati personali generali o sensibili, per la finalità indicati dalla suddetta legge e fatti salvi i diritti della Contraente per la tutela degli interessi propri e degli Utenti interessati.

Data:	Firma: