



COPERTINA FAX

ATTENZIONE

La presente copertina fax ed i documenti sotto evidenziati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti, devono essere inviati ad Aon S.p.A. a mezzo fax al n. 02.45463.347

Claims Service

Amelia Olga Cuzzocrea

telefono: 02.45434.347

@mail: amelia.cuzzocrea@aon.it

Da:	A:	Aon S.p.A. – Claims Service c.a. Amelia Olga Cuzzocrea
Data:		
Oggetto:	Convenzione ANACI – Denuncia Sinistro	

Note

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Modulo di Denuncia Sinistro (pag. 2, 3 e 4)
2. Il Documento Privacy (pag. 5)
3. Copia della Richiesta di Risarcimento o della Circostanza, se formulata in forma scritta
4. Eventuale copia del/i certificato/i inerente la/e estensione/i di garanzia
5. Eventuale copia delle condizioni di assicurazione dell'altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale in corso
6. Eventuale copia delle condizioni di assicurazione della/e precedente/i polizza/e per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale, nonché il/i relativo/i certificato/i e le relative quietanze

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO PER LA POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DI AMMINISTRATORI DI CONDOMINIO ED IMMOBILIARI
ISCRITTI AD ANACI N. DAC/00059/000/13/E**

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Il presente modulo di denuncia deve essere utilizzato in ipotesi di Sinistro, ossia nel caso in cui si sia

1. ricevuta una **Richiesta di Risarcimento**, ossia
 - qualsiasi citazione in giudizio o altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali proposte nei propri confronti e/o nei confronti di propri collaboratori
 - qualsiasi contestazione scritta che presupponga l'addebito di un atto illecito
2. venuti a conoscenza di una **Circostanza**, ossia
 - qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti e/o nei confronti di propri collaboratori
 - qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta propria o di propri collaboratori, da cui possa trarne origine una Richiesta di Risarcimento
 - qualsiasi atto o fatto di cui si sia a conoscenza e che potrebbe ragionevolmente dare luogo a una Richiesta di Risarcimento nei propri confronti e/o nei confronti di propri collaboratori

Le dichiarazioni rese nel presente modulo di denuncia devono essere complete e veritiere, poiché, come disposto dall'Articolo XI - Sezione A delle condizioni di assicurazione, nelle ipotesi di richieste di indennizzo false o fraudolente, esagerazione dolosa dell'ammontare del danno, dichiarazione di fatti non rispondenti al vero, produzione di documenti falsi, occultamento di prove, agevolazione di intenti fraudolenti di terzi, si perde il diritto a ogni indennizzo.

ATTENZIONE!

Si rammenta che, ai sensi dell'Articolo VIII - Sezione A delle condizioni di assicurazione, non si deve ammettere la responsabilità propria o di propri collaboratori in relazione a Richieste di Risarcimento o concordarne l'entità oppure non si devono sostenerne i costi, gli oneri o le spese senza il consenso scritto degli assicuratori. In caso di Richiesta di Risarcimento, non si deve pregiudicare la posizione degli assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.

ATTENZIONE!

Si rammenta che, ai sensi dell'Articolo 2 - Sezione B delle condizioni di assicurazione, in caso di Sinistro, se ne deve dare avviso a tutti gli assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri.

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO PER LA POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DI AMMINISTRATORI DI CONDOMINIO ED IMMOBILIARI
ISCRITTI AD ANACI N. DAC/00059/000/13/E**

DATI DELL'ASSICURATO

Numero di iscrizione ad ANACI _____ Data di iscrizione ____ / ____ / ____

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Indirizzo _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata? SI NO

Se NO, nel caso in cui l'esercizio dell'attività professionale sia cessato per decesso o pensionamento, indicare la data di cessazione ____ / ____ / ____

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE**Altre assicurazioni professionali**

E' in corso altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale? SI NO

Precedenti assicurazioni professionali

E' esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ulteriore rispetto alla polizza Carige Assicurazioni n. 548423390? SI NO

DETTAGLI DEL SINISTRO**Data del Sinistro**

Data di ricezione della Richiesta di Risarcimento o di avvenuta conoscenza della Circo stanza ____ / ____ / ____

Dati del presunto danneggiato

Nome e Cognome/Denominazione _____

Indirizzo _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

Dati del legale presunto danneggiato (se incaricato)

Nome e Cognome _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO PER LA POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DI AMMINISTRATORI DI CONDOMINIO ED IMMOBILIARI
ISCRITTI AD ANACI N. DAC/00059/000/13/E**

DETTAGLI DEL SINISTRO

Valore del presunto danno

L'ammontare del presunto danno è conosciuto?

SI NO

Se SI, indicare il valore del presunto danno

€ _____

di cui

per danni a cose

€ _____

per danni a persone

€ _____

per danni patrimoniali

€ _____

per altre tipologie di danno

€ _____

Se NO, indicare il probabile valore del presunto danno

€ _____

Tipologia di danno

il presunto danno è riferibile a

- amministrazione di proprietà immobiliari comuni
- stipulazione / amministrazione / gestione di canoni d'affitto e locazione
- responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)
- responsabilità civile terzi per la conduzione dello studio (RCT)

_____ data

_____ nome e cognome

Firma: _____ l'Assicurato

