

## 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 4), predisporre copia di eventuali atti giudiziari ed ogni altro documento rilevante. 3) trasmettere nel più breve tempo possibile la suindicata documentazione ad uno dei seguenti recapiti:

[sinistri@uiainternational.net](mailto:sinistri@uiainternational.net)

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.

#### **DATI ANAGRAFICI DELL' ASSICURATO**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Indirizzo:</b>			
<b>CAP</b>		<b>Città</b>	
<b>Provincia</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Indirizzo email</b>			
<b>Recapito telefonico:</b>			

#### **PROFESSIONE DELL'ASSICURATO:**

- Dottore Commercialista  
 Architetto  
 Perito edile  
 Ragioniere  
Commercialista  Ingegnere  
 Perito Industriale  
 Consulente del  
Lavoro  Geometra  
 Perito Chimico  
 Avvocato  
 Broker di Assicurazioni  
 Agente di Assicurazioni  
 Altro (specificare):.....

**DATI RELATIVI ALLA POLIZZA**

<b>Numero di polizza:</b>			
<b>Contraente:</b>			
<b>Assicurato:</b>			
<b>Decorrenza:</b>		<b>Scadenza:</b>	
<b>Massimale:</b>		<b>Franchigia:</b>	
<b>Data di Retroattività:</b>		<b>Ultrattività:</b>	
<b>Ultimo premio pagato in data:</b>			
<b>Nelle mani di:</b>			
<b>Intermediario Assicurativo:</b>			

**DETTAGLI SINISTRO**

Si informano gli Assicuratori della polizza di cui sopra **che in data** (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) **il sottoscritto è 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'attività professionale esercitata dal **sottoscritto**, con riferimento ad atti o fatti posti in essere successivamente alla data di effetto/Data di Retroattività (SPECIFICARE) 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).....

**INFORMAZIONI RILEVANTI**
**Dati relativi al danneggiato/reclamante:**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Indirizzo:</b>			
<b>CAP</b>		<b>Città</b>	
<b>Provincia</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Indirizzo email</b>			

<b>Recapito telefonico:</b>			
<b>Legale incaricato:</b>		<b>Indirizzo:</b>	
<b>Città:</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Recapito telefonico:</b>			
<b>Indirizzo email:</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 generalità, ruolo e profili di responsabilità):

---



---



---



---

**ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO**

**RC Professionale**

<b>Compagnia:</b>	
<b>Decorrenza:</b>	

