

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

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

1.1

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: _____

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)

Sezione 2 – RICHIESTE DI INDENNIZZO DA PARTE DEI SOGGETTI ASSICURATI per INCENDIO (Sezione B della Polizza) e/o INFORTUNI (Sezione C)

Si dichiara che risultano titolari del diritto di Indennizzo in quanto Assicurati per danni diretti da Incendio e/o Infortuni i seguenti soggetti:

| # | *Nome | *Cognome | *Relazione con #1 <i>(di parentela o lavoro)</i> | *Diritto di Indennizzo per | | *Indirizzo e dati per la reperibilità | | | | | | |
|---|-------|----------|---|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----|-----|-------|-------|----------|-------|
| | | | | Incendio | Infortuni | Via | n. | CAP | Città | Prov. | Telefono | email |
| 1 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 5 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 6 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 7 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 8 | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

2.1

Si dichiara che le tipologie dei Danni per Incendio e/o per Infortuni per i quali si richiede la copertura della polizza, sono:

| # | Titolari del Diritto (Nome e Cognome) | Sezione "B" – Incendio | | | | Sezione "C" - Infortuni | | | | |
|---|--|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Danni all'immobile o porzione dello stesso | Danni a Cose | Utilizzo alloggio sostitutivo | Anticipo Indennizzi | Morte | Invalidità Permanente | Spese Mediche | Inabilità Temporanea | Anticipo Indennizzi |
| 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.2

SEZIONE "B" – INCENDIO: Descrizione Sintetica dei danni all'immobile o porzione dello stesso da cui ha avuto origine il sinistro:

2.3

.....

.....

.....

.....

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):

2.4

#1.

#2.

#3.

#4.

#5.

SEZIONE "C" – INFORTUNI: Descrizione Sintetica degli Infortuni:

2.5

#1.

#2.

#3.

#4.

#5.

Sezione 3 – RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER RESPONSABILITA' CIVILE IN FAVORE DEI SOGGETTI TERZI DANNEGGIATI (Sezione A)
(Massimale € 11.000.000 per sinistro)

Si dichiara che risultano titolari del diritto di Risarcimento per Responsabilità Civile verso Terzi degli Assicurati a seguito del sinistro, per danni a beni mobili e/o immobili e/o per danni alla salute, i seguenti soggetti terzi:

| # | Nome | Cognome | Diritto di Risarcimento per | | Indirizzo e dati per la reperibilità | | | | | | |
|---|------|---------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|----|-----|-------|-------|----------|-------|
| | | | Danni a Beni mobili e/o Immobili | Danni alla salute | Via | n. | CAP | Città | Prov. | Telefono | email |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Si dichiara che la tipologia dei Danni a beni mobili e/o immobili e/o alla salute per i quali i titolari del diritto di Risarcimento di cui al Quadro 3.1 richiedono la copertura della sezione A "RCT" della polizza, sono:

| # | Titolari del Diritto (Nome e Cognome) | Sezione "A" – RCT: Danni a beni mobili e/o immobili | | | | Sezione "A" – RCT: Danni alla salute | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Danni a beni immobili | Danni a Cose | Utilizzo alloggio sostitutivo | Anticipo Indennizzi | Morte | Invalidità Permanente | Spese Mediche | Inabilità Temporanea | Anticipo Indennizzi |
| 1 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

3.3

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

- #1.
- #2.
- #3.
- #4.
- #5.

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

3.4

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.

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

3.5

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.

Si dichiara che alla presente si allegano i seguenti documenti:

| # | Nome e Cognome <i>del Titolare del Diritto cui il documento si riferisce</i> | In qualità di | | Tipo di danno | | DOCUMENTO Titolo e/o Descrizione sintetica del documento allegato |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | Assicurato | Terzo | Beni mobili e/o immobili | Salute | |
| 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"/> | |

4.1

| | |
|-----------------------------|---------------|
| 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: |
| | |