MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE - PROFESSIONALE - PATRIMONIALE PER AVVOCATI – CONVEZIONE CNF

Gentile Assicurato,

Al fine di permettere un tempestivo e puntale riscontro degli Assicuratori, la invitiamo a voler trasmettere il presente modulo, debitamente compilato, sottoscritto e completo di copia di tutta la documentazione richiamata al punto 4, non appena a conoscenza di una richiesta danni nei Suoi confronti o di un evento foriero di potenziali future contestazioni professionali, preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti recapiti

@mail: denunce.avvocati@aon.it
@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it
Tel: +39 02/87232.368
Aon S.p.A.- Claims Division - Professional Services

Si raccomanda l'osservanza di quanto previsto in polizza, rammentando altresì che:

- L'Assicurato non deve ammettere la propria responsabilità né raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo consenso scritto della Compagnia di Assicurazione Spett. AIG.

- Ove pervenga all'Assicurato un atto giudiziario o assimilato (in via indicativa e non esaustiva: atto di citazione, invito a dedurre, ricorso per accertamento tecnico preventivo, richiesta di mediazione/negoziazione, ecc.), tale atto dovrà essere trasmesso esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine.

- Aon non è una Compagnia di Assicurazione, e pertanto – in caso di eventuali contestazioni in merito al sinistro – non risulta essere soggetto legittimato passivo, poiché Aon svolge esclusivamente l'attività di intermediario assicurativo.

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE - PROFESSIONALE - PATRIMONIALE PER AVVOCATI – CONVEZIONE CNF

1) DATI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Contraente (Studio Associato/ Società tra Professionisti)				
Assicurato (Cognome e Nome)				
Partita IVA /Codice fiscale				
Indirizzo				N. civico
Comune		CAP		Provincia
Cellulare		FAX		
Indirizzo email				
Eventuale indirizzo PEC				

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti il sinistro saranno inviate all'indirizzo email sopra indicato

1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata? ☐ sì ☐ no

In caso di cessazione dell'attività, specificarne data e motivo (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso)
Data: _____ Motivo: _____

1B) COPERTURA ASSICURATIVA

☐ RC PROFESSIONALE - allegare: certificato assicurativo + documenti attestanti la data di pagamento del premio di assicurazione

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PER LO STESSO RISCHIO (Responsabilità Civile)

TIPO POLIZZA	NUMERO POLIZZA	COMPAGNIA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE	DATA DENUNCIA PRESENTE SINISTRO
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		

Si segnala che qualora sia operante altra polizza di responsabilità civile professionale, la presente polizza opererà a primo rischio per tutte le garanzie non previste dalla prima polizza e a secondo rischio, con una franchigia pari al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE - PROFESSIONALE - PATRIMONIALE PER AVVOCATI – CONVEZIONE CNF

Nella tabella sottostante inserire le polizze RC Professionali –Patrimoniale per Avvocati stipulate precedentemente all'ingresso nella Convenzione CNF

NUMERO POLIZZA	BROKER (SE PREVISTO)	COMPAGNIA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

N.B. qualora lo spazio per le risposte sia insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare.
Tali risposte sono di primaria importanza per gli Assicuratori.

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome e Nome/Ragione Sociale	
Indirizzo	
Recapito telefonico/Cellulare	
Nome del legale del danneggiato (se incaricato)	
Studio del legale e recapiti telefonici	

2B) DATA E AMMONTARE DEL FATTO CONTESTATO

- Data dell'atto/fatto contestato: _____
- Data di prima conoscenza dell'atto/fatto contestato, e/o di notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di terzi : _____
- Fatto contestato: _____
- Ammontare richiesto (se conosciuto): _____
- Contestazione pervenuta (es.: procedimento penale/civile/amministrativo/contabile, richiesta danni, ecc.): _____

3) EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL'ASSICURATO

LEGALE DI FIDUCIA

Cognome					
Nome					
Indirizzo studio			N. civico		
Comune		CAP		Provincia	
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare		FAX			

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)

Cognome					
Nome					
Indirizzo studio			N. civico		
Comune		CAP		Provincia	
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare		FAX			

NB: l'Assicurato ha facoltà di proporre alla Compagnia professionisti di Sua fiducia, la cui nomina è comunque soggetta alle condizioni di polizza nonché subordinata all'autorizzazione scritta dell'Assicuratore. Eventuali spese legali e/o di tecnici non autorizzate dalla Compagnia resteranno a carico dell'Assicurato.

4) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

1. Copia del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
2. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
3. Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
4. Copia del documento con cui l'Assicurato è venuto per la prima volta a conoscenza del fatto contestato, ovvero della richiesta di risarcimento danni, atto di messa in mora e/o atti giudiziari (mediazione, atto di citazione, ATP, avviso di garanzia, ecc.) che sono all'origine della presente denuncia
5. Copia dell'eventuale atto/documentazione a cui il sinistro si riferisce
6. Copia di ogni eventuale corrispondenza con il reclamante con particolare attenzione al periodo anteriore alla prima richiesta di risarcimento
7. Copia di ogni altra documentazione comunque attinente al sinistro

5) DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO

- *L'Assicurato dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere ;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole che eventuali omissioni, false dichiarazioni e/o reticenze possono pregiudicare l'operatività di polizza;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole di non dover ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni e/o accordi oppure sostenere spese, senza il preventivo consenso scritto degli Assicuratori.*
- *In caso di sinistro, l'Assicurato è consapevole di doverne dare avviso scritto a tutti gli Assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri.*

Data _____ Nome e Cognome _____

Firma _____