

CLAIM INFORMATION FORM

MODULO RACCOLTA INFORMAZIONI SINISTRO RC PROFESSIONALE AMMINISTRATORI DI
CONDOMINIO ED IMMOBILI CONVENZIONE ASSOCIATI *GESTICOND*
DATI ASSICURATO

DATI DELL'AMMINISTRATORE DI CONDOMINIO

Nome e Cognome _____

Polizza di Adesione n. _____

Numero Iscrizione Gesticond _____

Decorrenza e Scadenza Appendice di Adesione _____

Numero Polizza Gesticond _____

Contatti :

Mail _____ Telefono _____

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 DI RISARCIMENTO DANNI/RECLAMO
- VERBALE DI IDENTIFICAZIONE
- ALTRO (specificare) _____

INFORMAZIONI RILEVANTINome e Cognome/ Ragione sociale del reclamante
_____Data di accadimento dell'evento lesivo
_____Data di ricezione di eventuale richiesta di risarcimento

Danni lamentati dal danneggiato/reclamante (pretesa risarcitoria):

Ruolo svolto dall'Assicurato:

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO

RC PROFESSIONALE

Decorrenza e scadenza della Polizza _____

Massimale di polizza _____

POLIZZA TUTELA LEGALE

Compagnia _____

Decorrenza e scadenza della polizza _____

Massimale di polizza _____

Contatti a cui inviare la relativa documentazione:

Mail: sinistri@uiainternational.net

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
