

**DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE  
NEO ISCRITTO 2018 – CONSULENTE DEL LAVORO**

<b>DATI ANAGRAFICI</b>	
Nominativo del Professionista e/o dello Studio Associato: <b>STUDIO ABC DI LUCA ROSSI</b>	
Codice Fiscale <b>03342880111</b>	Partita IVA: <b>0334288011</b>
Indirizzo dello Studio: Via <b>VIA G.PASCOLI 4</b> CAP <b>20121</b> Città <b>MILANO</b> Prov. <b>MI</b>	
Tel. _____	Cellulare _____ Fax _____ e-mail _____
Indirizzo Posta Certificata _____	
Terzo danneggiato o controparte: <b>DAVIDE BIANCHI</b>	
<b>NOTA BENE</b>	
Allegare al presente modulo una <u>descrizione dettagliata</u> del sinistro <u>con Vostra versione dei fatti</u> completa di riferimenti cronologici, oltre alla documentazione di cui alla seguente pagina, ricordando che l'invio di una denuncia completa di tutta la documentazione permette alla Compagnia una più rapida valutazione della pratica. Al fine di evitare l'inoperatività delle garanzie di polizza, Vi precisiamo che:	
<input type="checkbox"/> Qualora riceviate un provvedimento giudiziario (ad es. accertamento tecnico preventivo, atto di citazione, avviso di garanzia, o qualsiasi altro atto civile o penale ) Vi preghiamo di segnalare immediatamente l'accaduto via telefono e anticipare il documento via fax in allegato alla presente	
<input type="checkbox"/> Vi dovrete astenere dall'ammissione di responsabilità nei confronti del presunto danneggiato e/o dei legali rappresentanti	
<input type="checkbox"/> E' tassativamente vietato condurre direttamente trattative e/o transazioni	

<b>ALLEGATI</b>
<input type="checkbox"/> da presentare sempre unitamente alla denuncia dettagliata del sinistro ed indispensabili per l'apertura della posizione. <i>Barrare con una x la casella interessata:</i>
<input type="checkbox"/> Documentazione attestante l'iscrizione all'Albo con evidenza della data
<input type="checkbox"/> Descrizione dettagliata del sinistro completa della Vostra versione dei fatti e dei relativi riferimenti cronologici
<input type="checkbox"/> Mandato professionale
<input type="checkbox"/> Corrispondenza intercorsa (ad es. eventuale richiesta danni della controparte, corrispondenza con la controparte, con legali e/o altro)
<input type="checkbox"/> Copia integrale della documentazione utile ad una corretta istruzione della pratica (ad es. dichiarazioni, documentazione fiscale, contabile, tributaria, ecc)
<input type="checkbox"/> Altro (indicare i documenti allegati)
<b>DICHIARAZIONI</b>
<input type="checkbox"/> Dichiarazione esistenza altra copertura assicurativa Il/La sottoscritto/a ..... dichiara che per il medesimo rischio oggetto della presente denuncia <input type="checkbox"/> NON HA in corso altra copertura di responsabilità civile professionale oltre alla polizza indicata in frontespizio. <input type="checkbox"/> HA in corso separatamente rispetto alla copertura indicata in frontespizio un'ulteriore polizza assicurativa di cui fornisce gli estremi: Compagnia Assicuratrice ..... Nr. Polizza ..... Massimale Assicurato .....

Data 01/05/2023

Firma 

