**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](http://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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Si è verificato il seguente incidente (descrivere il più accuratamente possibile l’incidente, le sue probabili cause se note, la dinamica e in via sintetica**

**1.2**

**i danni conseguenti a beni mobili e immobili e alle persone indicando il numero e le generalità degli eventuali deceduti e/o infortunati)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DECEDUTI N.:** …………………… **DECEDUTI (Nome e Cognome):** ……….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**INFORTUNATI N.:** ……………….. **INFORTUNATI (Nome e Cognome):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..

**Sul luogo dell’incidente sono intervenuti:**

**1.3**

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

\*Corpo dei Vigili del Fuoco: \*Redatto verbale:

\*Unità Medica \*Redatto verbale:

E le seguenti Autorità:

NO

SI

1. ……………………………………………………………………. Redatto verbale:
2. ……………………………………………………………………. Redatto verbale:

SI

NO

NO

SI

1. ……………………………………………………………………. Redatto verbale:

**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:**

**2.1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **\*Nome** | **\*Cognome** | **\*Relazione con #1***(di parentela o lavoro)* | **\*Diritto di Indennizzo per** | **\*Indirizzo e dati per la reperibilità** |
| *Incendio* | *Infortuni* | **Via** | **n.** | **CAP** | **Città** | **Prov.** | **Telefono** | **email** |
| **1** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**2.2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sezione “B” – Incendio** | **Sezione “C” - Infortuni** |
| **#** | **Titolari del Diritto****(Nome e Cognome)** | **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** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **2** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **3** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **4** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **5** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **6** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **7** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **8** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**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**

**2.4**

**(precisare, se diversi, i rispettivi proprietari di cui alla precedente tabella):**

**#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:**

**3.1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **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** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  | [ ]  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |  |

**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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sezione “A” – RCT: Dannni a beni mobili e/o immobili** | **Sezione “A” – RCT: Danni alla salute****3.2** |
| **#** | **Titolari del Diritto****(Nome e Cognome)** | **Danni a beni immobili** | **Danni a Cose** | **Utilizzo alloggio sostitutivo** | **Anticipo Indennizzi** | **Morte** | **Invalidità****Permanente** | **Spese****Mediche** | **Inabilità****Temporanea** | **Anticipo****Indennizzi** |
| **1** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **2** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **3** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **4** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **5** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **6** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **7** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **8** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**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):

1. ………………………………………………………………………………… in qualità di: ………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………… in qualità di: ………………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………………… in qualità di: ………………………………………………………………………………

**Recapiti dei Titolari delle polizze di cui al punto precedente (indirizzo, telefono, cellulare, e-mail)**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

 **Si dichiara che alla presente si allegano i seguenti documenti:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Nome e Cognome** | **In qualità di** | **Tipo di danno** | **DOCUMENTO****4.1** |
| ***del Titolare del Diritto cui il documento si riferisce*** | **Assicurato** | **Terzo** | **Beni mobili e/o immobili** | **Salute** | **Titolo e/o Descrizione sintetica del documento allegato** |
| **1** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **2** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **3** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **4** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **5** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **6** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **7** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **8** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **9** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **10** |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |
|  |  |