ASSICURAZIONE DEI CLIENTI FINALI CIVILI DEL GAS – Ex Delibera ARERA 85/2024/R/gas del 19.03.2024

POLIZZA REVO Insurance S.p.A. nn. OX00037185 (RCT), OX00037155 (Incendio), OX00037189 (Infortuni)
Validità: dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2025 alle ore 00:00 del 1° gennaio 2029
Contraente: Comitato Italiano Gas – CIG Piazza Velasca 4, 20122 Milano – E-Mail: assigas@cig.it
MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (MDS) ai fini assicurativi - DA UTILIZZARE PER LA DENUNCIA DI SINISTRI AVVENUTI DAL 1° GENNAIO 2025

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.

È CONSIGLIATA UNA COMPILAZIONE DIGITALE PER UNA CHIARA LEGGIBILITÀ
E L'INVIO VIA E-MAIL A: assigas@cig.it

Sezione 1 - Informazioni generali sul sinistro denunciato

Denunciа 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: ___:___: _____ 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: _____

1.2

***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 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):** ……

……

……

1.3

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:

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 (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:

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:

3.2

		Sezione "A" – RCT: Dannni a beni mobili e/o immobili				Sezione "A" – RCT: Danni alla salute				
#	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):

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	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 Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR) e 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 REVO Insurance S.p.A. e agli altri soggetti titolari del trattamento dei dati personali generali o sensibili, per la finalità indicati dai riferimenti legislativi sopra richiamati e fatti salvi i diritti della Contraente per la tutela degli interessi propri e degli Utenti interessati.

Data:	Firma: