

## 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: \_\_\_\_\_



**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:

| # | *Nome | *Cognome | *Relazione con #1<br><i>(di parentela o lavoro)</i> | *Diritto di Indennizzo per |                          | *Indirizzo e dati per la reperibilità |    |     |       |       |          |       |
|---|-------|----------|---|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----|-----|-------|-------|----------|-------|
|   |       |          |   | Incendio                   | Infortuni                | Via                                   | n. | CAP | Città | Prov. | Telefono | email |
| 1 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 2 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 3 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 4 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 5 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 6 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 7 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |
| 8 |       |          |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                                       |    |     |       |       |          |       |

2.1

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

| # | Titolari del Diritto<br>(Nome e Cognome) | Sezione "B" – Incendio                           |                          |                                     |                          | Sezione "C" - Infortuni  |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |  | Danni all'immobile<br>o porzione dello<br>stesso | Danni a<br>Cose          | Utilizzo<br>alloggio<br>sostitutivo | Anticipo<br>Indennizzi   | Morte                    | Invalità<br>Permanente   | Spese<br>Mediche         | Inabilità<br>Temporanea  | Anticipo<br>Indennizzi   |
| 1 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 |  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.2

**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:

| # | Nome | Cognome | Diritto di Risarcimento per      |                          | Indirizzo e dati per la reperibilità |    |     |       |       |          | 3.1 |       |
|---|------|---------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|----|-----|-------|-------|----------|-----|-------|
|   |      |         | Danni a Beni mobili e/o Immobili | Danni alla salute        | Via                                  | n. | CAP | Città | Prov. | Telefono |     | email |
| 1 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 2 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 3 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 4 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 5 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 6 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 7 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |
| 8 |      |         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                                      |    |     |       |       |          |     |       |

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:

| # | Titolari del Diritto (Nome e Cognome) | Sezione "A" – RCT: Danni a beni mobili e/o immobili |                          |                               |                          | Sezione "A" – RCT: Danni alla salute |                          |                          |                          |                          | 3.2                      |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   |                                       | Danni a beni immobili                               | Danni a Cose             | Utilizzo alloggio sostitutivo | Anticipo Indennizzi      | Morte                                | Invaldità Permanente     | Spese Mediche            | Inabilità Temporanea     | Anticipo Indennizzi      |                          |
| 1 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 |                                       | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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   |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
|    | <i>del Titolare del Diritto cui il documento si riferisce</i> | Assicurato               | Terzo                    | Beni mobili e/o immobili | Salute                   | Titolo e/o Descrizione sintetica del documento allegato |
| 1  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 2  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 3  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 4  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 5  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 6  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 7  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 8  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 9  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 10 |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

4.1

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| <b>Data della denuncia:</b> | <b>Firma:</b> |
|                             |               |

**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.

|              |               |
|--------------|---------------|
| <b>Data:</b> | <b>Firma:</b> |
|              |               |