

# 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.

Denuncia di sinistro e di richiesta di Risarcimento/Indennizzo, presentata in qualità di (ammessa una sola scelta):

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): \_\_\_\_\_



.....

.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....

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

\*Corpo dei Vigili del Fuoco:

\*Redatto verbale:

\*Unità Medica

\*Redatto verbale:

E le seguenti Autorità:

- ..... Redatto verbale:
- ..... Redatto verbale:
- ..... 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)



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 <i>(di parentela o lavoro)</i>	*Diritto di Indennizzo per		*Indirizzo e dati pe			
				<i>Incendio</i>	<i>Infortuni</i>	Via	n.	CAP	Città
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:

#	Titolari del Diritto (Nome e Cognome)	Sezione "B" – Incendio					Morte	Pe
		Danni all'immobile o porzione dello stesso	Danni a Cose	Utilizzo alloggio sostitutivo	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:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

**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):**

**#1.**  
.....  
.....

**#2.**  
.....  
.....

**#3.**  
.....  
.....

**#4.**  
.....  
.....

**#5.**  
.....  
.....

**SEZIONE "C" – INFORTUNI: Descrizione Sintetica degli Infortuni:**

**#1.**  
.....  
.....

**#2.**  
.....  
.....

**#3.**  
.....  
.....

**#4.**  
.....  
.....

**#5.**  
.....  
.....



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			
			Danni a Beni mobili e/o Immobili	Danni alla salute	Via	n.	CAP	Città
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:

#	Titolari del Diritto (Nome e Cognome)	Sezione "A" – RCT: Danni a beni mobili e/o immobili				Morte	M
		Danni a beni immobili	Danni a Cose	Utilizzo alloggio sostitutivo	Anticipo Indennizzi		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

**SEZIONE "A" – RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI – DANNI A BENI IMMOBILI**

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**  
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**  
Descrizione Sintetica dei danni alla salute subiti dai soggetti di cui al Quadro 3.1:

#1.

.....  
.....

#2.

.....  
.....

#3.

.....  
.....

#4.

.....

.....

#5.

.....

.....



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):

- ..... in qualità di: .....
- ..... in qualità di: .....
- ..... in qualità di: .....

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

- .....  
.....
- .....  
.....
- .....  
.....



Si dichiara che alla presente si allegano i seguenti documenti:

#	Nome e Cognome	In qualità di		Tipo di danno		Titolo e/o Descrizione
	<i>del Titolare del Diritto cui il documento si riferisce</i>	Assicurato	Terzo	Beni mobili e/o immobili	Salute	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

<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>