

## ASSICURAZIONE DEI CLIENTI FINALI CIVILI DEL GAS – Ex Delibera ARERA 167/2020/R/GAS del 19.05.2020

POLIZZA AVIVA ITALIA S.p.A. nn. 8001676408-10 (RCT), 8001676343-05 (Incendio), 8001676378-04 (Infortuni)

Validità: dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2021 alle ore 00:00 del 1° gennaio 2025

Contraente: Comitato Italiano Gas – CIG, Via Larga n. 2, 20122 Milano – E-Mail: [assigas@cig.it](mailto:assigas@cig.it)

**MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (MDS) ai fini assicurativi - DA UTILIZZARE PER LA DENUNCIA DI SINISTRI AVVENUTI DAL 1° GENNAIO 2021**

**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, o inviare una mail a: [assigas@cig.it](mailto:assigas@cig.it)

**E' CONSIGLIATA UNA COMPILAZIONE DIGITALE PER UNA CHIARA LEGGIBILITA'**  
**e l'invio via e-mail a: [assigas@cig.it](mailto:assigas@cig.it)**

### 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 Danneggiato

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.: \_\_\_\_\_



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

.....

.....

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

**1.3**

\*Corpo dei Vigili del Fuoco: Sì                      No                      \*Redatto verbale: Sì                      No

\*Unità Medica Sì                      No                      \*Redatto verbale: Sì                      No

E le seguenti Autorità:

a) ..... Redatto verbale: Sì                      No

b) ..... Redatto verbale: Sì                      No

c) ..... Redatto verbale: Sì                      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 <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 (Nome e Cognome)	Sezione "B" – Incendio				Sezione "C" - Infortuni				
		Danni all'immobile o porzione dello stesso	Danni a Cose	Utilizzo alloggio sostitutivo	Anticipo Indennizzi	Morte	Invalità 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"/>
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	Invalidità 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 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 AVIVA ITALIA 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.

<b>Data:</b>	<b>Firma:</b>