

Dichiarazione di sinistro per l'assicurazione responsabilità civile

1 Ingegneri/architetti suisse.ing assicurato

Nome	Membro n.	Categoria
Indirizzo		
Ditta/filiale coassicurata	Nome del consorzio	
Indirizzo		
Persona di contatto/referenza	No.telefono	
E-mail	Sito web	

2 Rapporto contrattuale

Nome e indirizzo del contraente:

→ Copia del contratto d'ingegneria incl.allegati

3 Descrizione danno/difetto/vostra attività

Quando si è verificato il danno/difetto? _____ Ora (inserire il formato 24 ore) _____

Quando è stato arrecato il danno/difetto? _____

In quale luogo, rispettivamente, in quale locale si è verificato il sinistro? _____

Descrizione del sinistro – Riassumere l'esatta dinamica dei fatti (causa e responsabile del danno).

→ P.f.allegare separatamente uno schizzo dell'accaduto.

In che cosa consiste il danno?

Danni all'oggetto
Danni al di fuori dell'oggetto/progetto di costruzione (danni a un terzo)
Entità precisa o stima del danno

Sì No
 Sì No

E' stata fatta una denuncia in polizia? → Se, si presso quale stazione di polizia/nome dell'incaricato?

Una denuncia penale è stata aperto contro un organo e/o degli impiegati della società?
→ In caso di risposta affermativa, si prega di annunciarlo nei più brevi tempi alla fondazione suisse.ing
Lavori d'ingegneria sono stati eseguiti da un subappaltatore esterno?
Secondo lei, l'assicurato, i familiari o il personale sono imputabili di colpa, e per quale motivo?

Sì No
 Sì No

Secondo la sua opinione, il partner del Consorzio (nome) è imputabile di colpa? E perché?

Dove è assicurato il consorzio, se non è presso suisse.ing?

Secondo lei, la parte lesa, altre persone coinvolte nella costruzione o terze persone sono imputabili di colpa, e per quale motivo?

In caso affermativo:

Nome

Indirizzo

Tipo di attività svolta (p.es. progettazione, direzione lavori di costruzione, supervisione costruzione, ecc.)

Basi contrattuali

4 Proponente

Costruttore

Nome e Indirizzo

Impresario

Nome e Indirizzo

Altri

Nome e Indirizzo

5 Ulteriori assicurazioni (Costruzione/Responsabilità del costruttore)

Tipo di assicurazione	Compagnia	N.polizza	Il danno è stato notificato

6 In caso di morte, ferimento o altri danni alla salute arreca a persone (lesioni corporali)

	a)	b)	c)
Nome e cognome della persona ferita			
Stato civile			
Data di nascita			
Indirizzo			
Professione			
Datore di lavoro			
Descrivere il ferimento di tale persona			
Gravità della lesione (lieve, media, grave, mortale)			
Nome e indirizzo del medico curante risp. ospedale			
La persona ferita è assicurata in caso di infortunio?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Presso quale compagnia o cassa malati?			
Lavorava per voi al momento del sinistro?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Appartiene alla famiglia del contraente o del resp. del danno? Se sì, qual è il grado di parentela?			

Le sono state avanzate pretese di risarcimento per lesioni corporali? Quali e da chi?

→ Allegare eventuali scritti alla presente dichiarazione

7 In caso di distruzione, danneggiamento o perdita di oggetti di terzi (danni materiali) i danni propri non sono coperti

Nome e indirizzo del proprietario

Dove è possibile ispezionare la cosa danneggiata?

Le sono state avanzate pretese di risarcimento per danni materiali? Quali e da chi?

→ Allegare eventuali scritti alla presente dichiarazione

8 Informazioni aggiuntive o integrazioni ai campi di testo

9 Osservazioni

Il sottoscritto autorizza la Zurigo ad elaborare i dati scaturiti dal trattamento dei sinistri. La Zurigo può, nella misura necessaria, trasmettere i dati per l'elaborazione a terzi partecipanti al contratto in Svizzera e all'estero, in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori, nonché alle compagnie appartenenti al gruppo Zurigo.

Inoltre, la Zurigo viene autorizzata a richiedere informazioni utili presso uffici amministrativi e terzi nonché a prendere visione di atti ufficiali e giudiziari. Questa autorizzazione vale indipendentemente dall'accettazione del sinistro.

Il sottoscritto ha il diritto di chiedere alla Zurigo le informazioni previste dalla legge in merito all'elaborazione dei dati che lo riguardano personalmente. L'autorizzazione al trattamento di tali dati può essere revocata in qualunque momento.

Apponendo la propria firma la persona assicurata, risp. avente diritto autorizza i medici curanti, gli ospedali ed altre terze persone note a fornire alla Zurigo, rispettivamente al proprio servizio medico, qualsiasi informazione necessaria relativa all'evento e al trattamento del sinistro in questione. A tal fine, il sottoscritto scioglie espressamente tali persone dal segreto professionale.

In caso di regresso contro un terzo civilmente responsabile, la Zurigo è inoltre autorizzata a trasmettere al responsabile, risp. al suo assicuratore di responsabilità civile, i dati necessari per l'attuazione del diritto di regresso.

Luogo e data

Firma della persona
danneggiata

Firma dell'ufficio
suisse.ing

La preghiamo di allegare alla dichiarazione di sinistro debitamente compilata eventuali documenti utili (p.es. corrispondenza, progetti, condizioni generali e di consegna, rapporto di polizia, ecc.) e di inviare l'intera documentazione, al più tardi entro 8 giorni dal sinistro, al seguente indirizzo:

Ufficio della Fondazione suisse.ing
E-Mail: info@suisse-ing-stiftung.ch