



C.F./P.I./Reg. Imp. FC 03891340402
N. 146 del Reg. Organismi di Mediazione
tenuto presso il Ministero della Giustizia
www.equalibra.it

Campi obbligatori

Sede Legale: Via Dell'Arrigoni n. 220 – 47522 Cesena
Tel. 0547 415763 – Fax 0547 417815

Sede secondaria di:

Via:

Giudice Territorialmente Competente

Trib. di oppure

G. di P. di

Produrre un originale della domanda e degli allegati ed una copia per il mediatore
DOMANDA DI MEDIAZIONE IN MATERIA ASSICURATIVA

Volontaria Prevista da Contratto Condizione di procedibilità Delegata dal Giudice

Il sottoscritto

A) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA
con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

B) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA
con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

C) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA

con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

D) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA
con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

rappresentati da **3** (munito di apposita procura che si allega)
CF con studio / residenza in
Prov. Via n° CAP
Tel/ cell Fax e-mail

COSTITUISCONO UN UNICO CENTRO DI INTERESSI ? 4 **SI** **NO**

assistiti senza rappresentanza da **3**:

difensore funzionario associazione di categoria altro

Nome e cognome CF
Sede / studio a Prov. Via
n° CAP Tel / cell fax e-mail

PREMESSO

Che è insorta una controversia avente ad oggetto:

1 **Contratto assicurativo**

N. di polizza Compagnia che la ha emessa
N. sinistro Compagnia che lo ha assegnato
Data sinistro
Compagnia che ha trattato il sinistro se diversa da quella invitata alla mediazione
Indicazione delle altre parti chiamate alla mediazione

2 **Risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli o natanti**

Compagnia assicuratrice che ha trattato il sinistro
Data sinistro Luogo sinistro

N. sinistro Targa proprio veicolo N. propria polizza

Targa Veicolo Avversario Compagnia veicolo avversario

Importo eventualmente offerto dall'impresa assicuratrice € oppure:

- La compagnia ha comunicato di non procedere ad alcuna offerta
- Assenza di comunicazione della compagnia
- Il sinistro è stato gestito con procedura di indennizzo diretto ex art. 149 CdA
- Il sinistro è stato gestito con procedura di risarcimento danni diretta alla compagnia del veicolo avversario
- Il sinistro è stato gestito con procedura terzi trasportati ex art 141 CdA

3 **Risarcimento del danno derivante da responsabilità medica**

Denominazione della compagnia eventualmente coinvolta

Che il valore della controversia è di € ovvero indeterminabile

Che la domanda si fonda sulle seguenti ragioni:

CHIEDONO

Di avviare il procedimento di mediazione finalizzato alla conciliazione, ai sensi e con gli effetti di cui al D.lgs n° 28/10, che si svolgerà secondo i principi e le regole contenute nel Regolamento di mediazione di Equa Libra, di cui hanno preso visione e ne accettano integralmente il contenuto.

Nei confronti di:

E) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA
con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

F) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA
con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

G) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP
Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione **2**

Codice Fiscale/P. IVA
con sede in Prov. Via
n. CAP Tel. / cell fax
e-mail

H) NOME E COGNOME 1 nato/a in
il CF residente in
Prov. Via n. CAP

Tel. / cell fax e-mail

in qualità di titolare/legale rappresentante della società, ente o associazione 2

Codice Fiscale/P. IVA

con sede in Prov. Via

n. CAP Tel. / cell fax

e-mail

DICHIARANO

Di conoscere ed accettare le Tabelle di indennità applicate dall'Organismo per la definizione della controversia, disponibili sul sito www.equalibra.it

Di non aver presentato presso altro Organismo analoga domanda relativa alla stessa controversia. Di impegnarsi a segnalare tempestivamente eventuali variazioni dei dati comunicati. Che non ricorrono termini imminenti di prescrizione o decadenza. Se così fosse, si impegna a comunicare all'altra parte, nei termini di legge ed a fini interruttivi, la domanda e la data del primo incontro, con mezzo idoneo ad assicurarne la ricezione, conformemente a quanto previsto e disposto dall'art 8 D.Lgs 28/10.

Di essere consapevole delle possibili e motivate esigenze organizzative relativamente alla fissazione del primo incontro che potrebbe essere fissato in data diversa da quella prevista dall'art. 8 del D.lgs. 28/2010

Di autorizzare l'Organismo Equa Libra ad inviare le comunicazioni inerenti la procedura di conciliazione al seguente:

PARTE A : indirizzo pec (posta elettronica certificata)

numero di fax

PARTE B : indirizzo pec (posta elettronica certificata)

numero di fax

PARTE C : indirizzo pec (posta elettronica certificata)

numero di fax

PARTE D : indirizzo pec (posta elettronica certificata)

numero di fax

Dati per la fatturazione relativa alle spese del procedimento:

nome e cognome / ragione sociale

domicilio fiscale / sede legale

codice fiscale P.Iva

Si allegano i seguenti documenti:

procura per la procedura di mediazione

fotocopia di un valido documento di riconoscimento (carta di identità, patente di guida , passaporto)

A

B

C

D

Fotocopia del versamento delle spese di avvio e delle spese vive, quest'ultime dovute per ogni soggetto chiamato.

Entrambi gli importi sono specificati nell'art. 16 del Regolamento di procedura di Equa Libra, scaricabile sul sito <http://www.equalibra.it> 5

Ulteriore documentazione :

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

LUOGO e DATA

FIRMA A _____

FIRMA B _____

FIRMA C _____

FIRMA D _____

I sottoscritti nel trasmettere i propri dati all'Organismo di conciliazione Equa Libra, acconsentono al loro trattamento la parte dello stesso, limitatamente a quanto ritenuto necessario all'organizzazione e all'espletamento del tentativo di conciliazione. I sottoscritti dichiarano inoltre di essere stati debitamente informati di quanto previsto dall'art. 13 e ss. D.Lgs. 196/2003, ivi compresi i diritti che derivano loro ai sensi dell' art.7 del medesimo decreto in relazione al trattamento dei dati personali ed esprimono formale consenso.

Firma A _____ *Firma B* _____

Firma C _____ *Firma D* _____

La presente domanda viene depositata a mano presso la Segreteria dell'Organismo Equa Libra, con contestuale pagamento delle spese di avvio e delle spese vive , quest'ultime dovute per ogni soggetto chiamato quale rimborso spese sostenute per l'invio delle convocazioni. Entrambi gli importi sono specificati nell'art. 16 del Regolamento di procedura di Equa Libra, scaricabile sul sito <http://www.equalibra.it>

La presente domanda viene trasmessa in formato PDF, compilata e firmata dalle parti mediante posta elettronica certificata all'indirizzo PEC dell'Organismo.

FIRMA A _____

FIRMA B _____

FIRMA C _____

FIRMA D _____

- 1) **Allegare fotocopia di un valido documento di riconoscimento (carta d'identità, patente, passaporto)**
- 2) **Da compilare solo nel caso in cui la parte richiedente la mediazione sia persona giuridica.**
- 3) **Da compilare solo nel caso in cui il ricorrente intenda farsi rappresentare o accompagnare durante la procedura di mediazione. Le parti partecipano all'incontro personalmente o in casi eccezionali mediante un proprio rappresentante munito dei necessari poteri. In tal caso occorre allegare il Modello di procura.**
- 4) **La risposta costituisce una mera indicazione; spetta infatti all'organismo e al mediatore la valutazione sulla reale coincidenza di interessi**
- 5) **Nel caso in cui la domanda venga trasmessa per via telematica:**

Allegare per ogni parte fotocopia del versamento delle spese dovute.
Estremi per il versamento: EQUA LIBRA SRL presso Banca Popolare dell'Emilia Romagna Cod. Iban IT 14 U 05387 23906 000001937245