

MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Personale Sanitario

Gentile Assicurato, al fine di procedere con la notifica del sinistro, La invitiamo a: 1) compilare il presente modulo; 2) redigere una relazione confidenziale sui fatti all'origine del sinistro (e in ogni caso a rispondere alle informazioni richieste nel paragrafo 4.3); 3) predisporre copia di eventuali atti giudiziari ed ogni altro documento rilevante; 4) trasmettere nel più breve tempo possibile la suindicata documentazione agli Assicuratori all'indirizzo claims@chplegal.com.
 Si rammenta che senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere le proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese connesse all'argomento del contendere.

1. DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO

Nome Cognome

Specializzazioni mediche dell'Assicurato

Nome e Cognome del Denunciante (se diverso dall'Assicurato)

Città Provincia CAP

Indirizzo Partita Iva/Codice Fiscale

Telefono cellulare +39 Indirizzo email

2. DATI RELATIVI ALLA POLIZZA

Intermediario Assicurativo Numero di polizza

Decorrenza Scadenza Data di retroattività Ultrattività

Massimale € Franchigia €

Ultimo premio pagato in data Nelle mani di

3. NOTIFICA DEL SINISTRO/CIRCOSTANZA

Il Sottoscritto dichiara di aver ricevuto/essere venuto a conoscenza per la prima volta, in data , di quanto segue:

a) Atto di citazione	<input type="checkbox"/>	b) Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica informa l'Assicurato circa:	
c) Atto di citazione da parte della Corte dei Conti	<input type="checkbox"/>	• l'esistenza di una richiesta di risarcimento	<input type="checkbox"/>
d) Conclusione indagini preliminari	<input type="checkbox"/>	• un fatto che coinvolge l'Assicurato in relazione agli eventi sentinella (SIMES)	<input type="checkbox"/>
e) Informazione di garanzia	<input type="checkbox"/>	• un evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato sul sistema di segnalazione aziendale	<input type="checkbox"/>
f) Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti	<input type="checkbox"/>	• una segnalazione pervenuta all'U.R.P. che vede coinvolto l'Assicurato	<input type="checkbox"/>
g) Ricorso per accertamento tecnico preventivo	<input type="checkbox"/>	• l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di indagine a carico dell'Assicurato	<input type="checkbox"/>
h) Ricevimento di istanza di mediazione/negoziazione assistita	<input type="checkbox"/>	• l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave	<input type="checkbox"/>
i) Richiesta di risarcimento danni/reclamo	<input type="checkbox"/>	j) Comunicazione formale con la quale l'Assicuratore della Struttura Sanitaria Pubblica informa l'Assicurato circa l'intenzione di ritenerlo responsabile per Colpa Grave	<input type="checkbox"/>
k) Richiesta relazione clinica da parte della Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/>	m) Opposizione a decreto ingiuntivo/pagamento della parcella all'Assicurato	<input type="checkbox"/>
l) Verbale di identificazione	<input type="checkbox"/>	o) Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>
n) Comunicazione ex art. 13 Legge n. 24/2017	<input type="checkbox"/>		

4. INFORMAZIONI RILEVANTI

4.1 Dati relativi al danneggiato/reclamante

Pubblico Ministero / Autorità Pubblica e/o Giudiziaria oppure:

Nome Cognome

Città Provincia CAP

Indirizzo

Telefono cellulare +39 Indirizzo email

Professione Data del ricovero Data delle dimissioni Età

4.2 Dati relativi al legale incaricato dal danneggiato/reclamante

Nome Cognome

Città Provincia CAP

Indirizzo

Telefono cellulare +39 Indirizzo email

4.3 Descrizione dell'evento lesivo all'origine della pretesa risarcitoria

Data dell'evento lesivo/circostanza

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Luogo di accadimento dell'evento lesivo/circostanza

 a) Azienda Ospedaliera b) Ambulatorio medico c) Clinica privata d) Clinica privata convenzionata con il SSN

 e) Altro (specificare)

 Nome struttura

Inquadramento contrattuale dell'Assicurato con riguardo alla prestazione origine del sinistro/circostanza

 a) Dipendente del SSN - orario lavorativo b) Dipendente del SSN - attività intramoenia c) Dipendente del SSN - attività extramoenia
 d) Libero Professionista e) Medico convenzionato

L'assicurato é tuttora iscritto all'ordine professionale?

si	no
----	----

Indicare in quali categorie ricade il danno lamentato dal terzo

a) Danni cerebrali neonato/bambino <input type="checkbox"/>	b) Danni cerebrali adulto <input type="checkbox"/>	c) Tetra/para plegia <input type="checkbox"/>
d) Altri tipi di paralisi o invalidità sostanziale <input type="checkbox"/>	e) Morte inaspettata <input type="checkbox"/>	f) Danni al sistema nervoso <input type="checkbox"/>
g) Danni neurologici <input type="checkbox"/>	h) Mancata/errata diagnosi <input type="checkbox"/>	i) Perdita di arti o del loro utilizzo <input type="checkbox"/>
j) Perdita o menomazione dell'apparato riproduttivo <input type="checkbox"/>	k) Danni relativi a infezioni (Es. MRSA) <input type="checkbox"/>	l) Morte a causa di infezione <input type="checkbox"/>
m) Morte di neonato/bambino a causa di danni cerebrali <input type="checkbox"/>	n) Mancata diagnosi di anomalie prenatali <input type="checkbox"/>	o) Altri tipi di lesioni <input type="checkbox"/>

In caso di decesso, indicarne la causa

Natura della prestazione eseguita

Ruolo svolto dall'Assicurato (es. 1° operatore, 2° operatore, anestesista, ecc.)

Danno/i lamentato/i dal danneggiato/reclamante

Eventuali fattori/dettagli che potrebbero limitare/escludere le responsabilità dell'Assicurato

