

**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@furnessunderwriting.com](mailto:claims@furnessunderwriting.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**

Specializzazioni mediche dell'Assicurato

Nome  Cognome

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"/> |   |                          |
| n) Altro (specificare)  | <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 è 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



Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)


Ammontare richiesta risarcitoria

€    .

Percentuale riconosciuta di invalidità (se disponibile)

%

La pretesa risarcitoria è stata estesa anche alla Struttura Sanitaria?

In caso di richiesta risarcimento danni da parte degli eredi, indicame le generalità

NOME	COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETÀ

### 5. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

	COMPAGNIA ASSICURATIVA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE
RC Professionale		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RCT/RCO Struttura Sanitaria		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tutela Legale		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Altro:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 6. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

- a) Atto di citazione
- b) Coclusione indagini preliminari
- c) Copia di altre polizze stipulate dall'Assicurato
- d) Informazione di garanzia
- e) Invito a dedurre
- f) Relazione dell'Assicurato
- g) Richiesta risarcimento danni/reclamo
- h) Ricorso per accertamento tecnico preventivo
- i) Verbale di identificazione
- j) Altro (specificare)


### 7. NOTE E COMMENTI


