

**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

Calendar grid

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?

Buttons: si, no

Indicare in quali categorie ricade il danno lamentato dal terzo

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

In caso di decesso, indicarne la causa

Two text input boxes for cause of death

Natura della prestazione eseguita

Seven horizontal text input boxes for nature of service

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

Four horizontal text input boxes for role of insured

Danno/i lamentato/i dal danneggiato/reclamante

Four horizontal text input boxes for damage

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

Four horizontal text input boxes for limiting factors

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, indicarne le generalità

NOME	COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETÀ

5. ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

COMPAGNIA ASSICURATIVA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE
RC Professionale	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	€ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
RCT/RCO Struttura Sanitaria	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	€ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Tutela Legale	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	€ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Altro:	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	€ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

6. ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

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

7. NOTE E COMMENTI



DICHIARAZIONI

N.B. Qualora l'Assicurato venisse in possesso di ulteriore documentazione nei giorni successivi alla denuncia del sinistro, si raccomanda di inviarne immediatamente copia agli Assicuratori all'indirizzo claims@chplegal.com.

Si ricorda che, ai sensi delle condizioni generali di polizza, gli Assicuratori non risponderanno delle spese incontrate dall'Assicurato per i legali che non siano stati designati da essi. Gli Assicuratori assumono, nell'ambito delle garanzie operanti e fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, nominando all'uopo, e solo ove necessario, i legali e/o tecnici. Ai sensi di legge il dichiarante prende atto che tutti i dati riportati e i documenti acclusi al presente modulo, saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con gli Assicuratori. L'Assicurato, consapevole che eventuali omissioni, false attestazioni e/o reticenze possono comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa, dichiara che le informazioni fornite nel presente modulo sono complete e veritiere.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO

Con la presente autorizzo CHP Legal al trattamento dei Dati Personali, ivi compreso l'utilizzo di dati e / o informazioni riguardanti Dati Sensibili (quali, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute) e / o Giudiziari per lo svolgimento delle attività necessarie alla gestione del sinistro. Autorizzo CHP Legal, nella misura necessaria a consentire la gestione e l'eventuale liquidazione del sinistro, a trasmettere i dati a terzi partecipanti al contratto assicurativo sia in Italia che all'estero, e in particolare ai coassicuratori e ai riassicuratori. Autorizzo altresì CHP Legal a richiedere informazioni utili presso uffici amministrativi e altri terzi nonché a prendere visione di atti amministrativi e giudiziari per finalità di gestione sinistri. Confermo di aver ottenuto il consenso di ogni persona di cui fornisco dettagli per l'utilizzo dei loro Dati Personali, Sensibili e Giudiziari emersi dalla gestione del sinistro. Il presente consenso vale a prescindere dall'assunzione del caso di sinistro. CHP Legal è autorizzata a comunicare i dati necessari per la presentazione di eventuali azioni di regresso al terzo responsabile o al suo assicuratore di responsabilità civile. Confermo inoltre

L'autorizzazione costituisce il presupposto necessario per lo svolgimento dell'incarico di gestione del sinistro derivante dalla presente segnalazione ed alla quale non si potrà dare seguito in assenza dell'autorizzazione stessa.

FIRMA PER LA DICHIARAZIONE

Nome e Cognome

Firma

Data

FIRMA PER L'AUTORIZZAZIONE

Autorizzo (autorizzazione necessaria)

Nome e Cognome

Firma

Data

ATTENZIONE: Entrambe le firme sono necessarie per processare la segnalazione.