

MODULO DENUNCIA SINISTRO
CNF - CLAIMS NOTIFICATION FORM
Strutture Sanitarie

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/CONTRAENTE

Contraente

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 che l'Assicurato ha ricevuto/è venuto a conoscenza per la prima volta, in data , di quanto segue:

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| a) Atto di citazione | <input type="checkbox"/> | b) Conclusione indagini preliminari | <input type="checkbox"/> |
| c) Informazione di garanzia | <input type="checkbox"/> | d) Invito a dedurre | <input type="checkbox"/> |
| e) Ricorso per accertamento tecnico preventivo | <input type="checkbox"/> | f) Ricevimento di istanza di mediazione/negoziato assistita | <input type="checkbox"/> |
| g) Richiesta di risarcimento danni/reclamo | <input type="checkbox"/> | h) Richiesta relazione clinica da parte della Struttura Sanitaria | <input type="checkbox"/> |
| i) Verbale di identificazione | <input type="checkbox"/> | j) Comunicazione ex art. 13 Legge n. 24/2017 | <input type="checkbox"/> |
| k) Altro (specificare) | <input type="text"/> | | |

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

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 dal personale dipendente dell'Assicurato e/o dai medici Liberi Professionisti che operano nella struttura (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

Altro personale (non dipendente) o altre Strutture Sanitarie coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)

Ammontare richiesta risarcitoria

 € . .

Percentuale riconosciuta di invalidità (se disponibile)

 %

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 di aver letto e compreso l'Informativa Privacy pubblicata sul sito di CHP Legal al seguente indirizzo: <https://chplegal.com/it/privacy-modulo-notifica-sinistri>

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'AUTORIZZAZIONEAutorizzo (autorizzazione necessaria)

Nome e Cognome

Firma

Data

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