

**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@furnessinsurance.com](mailto:claims@furnessinsurance.com) anche tramite il broker. 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) Altro (specificare)                         |                          |   |                          |

**4. INFORMAZIONI RILEVANTI**
**4.1 Dati relativi al danneggiato/reclamante**

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)

%



**DICHIARAZIONE**

**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@furnessinsurance.com](mailto:claims@furnessinsurance.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 dei Lloyd's.**

**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.**

Nome e Cognome

In qualità di

Firma

Data