

## CLAIM INFORMATION FORM

### ***Modulo Raccolta Informazioni Sinistro RC Professionale Personale Sanitario***

Gentile Assicurato,

gli Assicuratori confermano ricezione della denuncia di Sinistro da Lei recentemente inviata e La invitano a: 1) compilare il presente questionario. 2) redigere una relazione confidenziale sui fatti all'origine del sinistro (e in ogni caso a rispondere alle informazioni richieste nel paragrafo 4b), predisporre copia di eventuali atti giudiziari ed ogni altro documento rilevante. 3) trasmettere nel piu' breve tempo possibile la suindicata documentazione ad uno dei seguenti recapiti:

**www.chplondon.com**

**Claims@chplondon.com**

**CHP London Limited, Via Durini 4, Milano 20122**

Si rammenta che senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi o sostenere spese connesse all'argomento del contendere.

#### **1) DATI ANAGRAFICI DELL' ASSICURATO**

<b>Cognome:</b>		<b>Nome:</b>	
<b>Indirizzo:</b>			
<b>CAP:</b>		<b>Citta':</b>	
<b>Provincia:</b>		<b>Data di nascita:</b>	/ /
<b>Indirizzo email:</b>			
<b>Recapito telefonico:</b>			

#### **2) DATI RELATIVI ALLA POLIZZA**

<b>Numero di polizza:</b>	
<b>Contraente:</b>	

<b>Assicurato:</b>					
<b>Decorrenza:</b>	/	/	<b>Scadenza:</b>	/	/
<b>Massimale:</b>			<b>Franchigia:</b>		
<b>Data di Retroattività:</b>	/	/	<b>Ultrattività:</b>	/	/
<b>Ultimo premio pagato in data:</b>			/	/	
<b>Nelle mani di:</b>					
<b>Intermediario Assicurativo:</b>					

### 3) SINISTRO

Si informano gli Assicuratori della polizza di cui sopra **che in data** ( / / ) **il sottoscritto è venuto** a conoscenza **per la prima volta** di fatti, notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dal **sottoscritto**, con riferimento ad atti o fatti posti in essere successivamente alla data di effetto (Data di Retroattività') dell'assicurazione di cui sopra, nel modo indicato in seguito:

- Invito a dedurre (cdc)
- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- Richiesta risarcimento danni/reclamo
- Richiesta relazione clinica da parte della Direzione Sanitaria
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare).....

### 4) INFORMAZIONI RILEVANTI

#### 4.a Dati relativi al danneggiato/reclamante:

<b>Cognome:</b>			<b>Nome:</b>		
<b>Indirizzo:</b>					
<b>CAP:</b>				<b>Città:</b>	
<b>Provincia:</b>			<b>Data di nascita:</b>	/	/

<b>Data del ricovero:</b>	/ /	<b>Data in cui e' stato dimesso:</b>	/ /
<b>Indirizzo email:</b>			
<b>Recapito telefonico:</b>			
<b>Legale incaricato:</b>		<b>Indirizzo:</b>	
<b>Citta':</b>		<b>Provincia:</b>	
<b>Indirizzo email:</b>		<b>Recapito telefonico:</b>	

**4.b Descrizione dell'evento lesivo all'origine della pretesa risarcitoria del danneggiato/reclamante:**

Luogo di accadimento (indicare i dati della struttura nella quale e' avvenuto il preteso danno):

- Azienda Ospedaliera
- Clinica privata convenzionata con il SSN
- Clinica privata non convenzionata con il SSN
- Ambulatorio medico
- Altro (specificare): .....

Data di accadimento dell'evento lesivo:

/ /

Tipo di operazione eseguita/cura prestata:

Danni lamentati dal danneggiato/reclamante (pretesa risarcitoria):

Ruolo svolto dall'Assicurato:

---



Altre persone coinvolte (indicare generalita', ruolo e profili di responsabilita'):

**4.c Inquadramento contrattuale dell'assicurato (con riguardo alla prestazione all'origine della pretesa risarcitoria) e genere di prestazione professionale erogata che ha dato origine al sinistro:**

Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale; scegliere una delle opzioni seguenti:

Prestazione erogata durante l'orario lavorativo ospedaliero

In regime di attivita' Intramoenia

In regime di attivita' Extramoenia

oppure

Dipendente Struttura Privata

oppure

Libero Professionista

**4.d Generalita' degli eredi o aventi diritto:**

Cognome	Nome	Eta'	Grado di parantela

**4.f Percentuale di Invalidita' subita dal danneggiato:**

PRETESA ( non supportata da perizia medica)

RICONOSCIUTA ( supportata da perizia medica)

**5) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO**

	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale
<b>RC Professionale</b>		/ /	/ /	
<b>RCT/O Ente di Appartenenza</b>		/ /	/ /	
<b>Tutela Legale</b>		/ /	/ /	

**6) ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI**

- Polizza RC Professionale contratta con **ALTRI** Assicuratori
- Polizza RCT/O Struttura Sanitaria
- Polizza Tutela Legale
- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Richiesta risarcimento danni/reclamo
- Richiesta relazione da parte dell'Ente di Appartenenza
- Verbale di Indentificazione
- Relazione presentata all'Ospedale/Struttura
- Relazione dell'Assicurato
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 c.p.c.
- Altro (specificare):

**7) NOTE/COMMENTI**

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.

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 da essi stati designati. 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. Gli adempimenti sopra richiesti costituiscono condizione essenziale per l'operatività della Polizza R.C. PROFESSIONALE. Ai sensi di legge il dichiarante prende atto che tutti i dati riportati e i documenti acclusi al presente documento 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 sono complete e veritiere.

Nome:		Luogo:	
Data:	/ /	Firma:	