



MODULO RACCOLTA INFORMAZIONI SINISTRI – DV19000SSN1-LB

Il presente modulo **debitamente sottoscritto** deve essere compilato e firmato in ogni sua parte ed **inviato ad Aon S.p.a. a mezzo email**

CUSTOMER CARE SERVICE

(800.243.191

da lunedì a venerdì:

ore 09.30 – 12.30 e 13.30 – 18.00

@mail: convenzione.medici@aon.it

Fax: 02.87230511

Cognome e Nome del Contraente: _____

Le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze di cui si è a conoscenza, sono già stati tutti denunciati su una precedente polizza per il medesimo rischio?

SI

NO

CONTINUARE CON LA **COMPILAZIONE INTEGRALE** DEL
MODULO

Data _____

Firma _____



MODULO RACCOLTA INFORMAZIONI SINISTRI – DV19000SSN1-LB

Il proponente è tenuto a compilare in maniera dettagliata le sezioni sottostanti al fine di garantire una completa valutazione del rischio da parte degli Assicuratori, che non prenderanno in considerazione altro documento ad esclusione del presente.

Si precisa che quanto dichiarato nel presente documento è valido solo ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori
Please note that what is declared in this document is valid only in order to submit the risk to the Insurers

A) Dati identificativi del proponente:

COGNOME NOME Surname and Name of the proposer	CODICE FISCALE Fiscal Code	DATA RICEZIONE DELLA PRIMA NOTIFICA DA PARTE DEL PROPONENTE Date of first notification
---	----------------------------	--

La vicenda è già stata denunciata in una precedente polizza assicurativa: SI NO
Has the claim been already notified on a previous policy?

In caso di risposta affermativa, quale era l'Assicuratore? _____
If yes, who was the Insurer?

B) Notifica del Sinistro (Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze):

Claim notification (Request of reimbursement, Facts and/or Circumstances)

- Richiesta di Risarcimento** (tra cui invito a dedurre o citazione della Corte dei Conti, sentenza di condanna per colpa grave, surrogazione dell'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria di Appartenenza)
Request of reimbursement (including invitation to respond, action of the Court of Auditors, sentence for gross negligence conduct, surrogacy action promoted by the insurance company of the Affiliated NHS Entity)
- Specificare la tipologia di notifica ricevuta _____
Please specify which kind of notification
- Fatti e/o Circostanze** (tra cui comunicazioni formali della Struttura Sanitaria di Appartenenza, della sua Impresa di Assicurazioni o da parte di un Terzo, istanza di mediazione, indagine, inchiesta e/o azione giudiziaria)
Facts and/or Circumstances (including formal communication from NHS Entity, from the insurance company of the Affiliated NHS Entity, from any third party, request of conciliation and/or mediation, disciplinary procedure against the proposer, judicial enquiry)
- Specificare la tipologia di notifica ricevuta _____
Please specify which kind of notification
- Comunicazione formale ex art.13 Legge 8 marzo 2017 n.24;**
Formal communication from NHS Entity according to art. 13 Law 8 March 2017, n. 24

C) Dettaglio del Sinistro:

Claim details

C) – 1 Lesioni personali, morte o danneggiamento a cose o animali (compresi il danno alla salute, biologico, morale)

Personal injury, death or property damage to things

Indicare in quale categoria ricade il danno lamentato dal paziente:
Please indicate in which category the claim falls under:

- 1 – Danno Cerebrale
Brain damage
- 2 – Morte a causa di danno cerebrale
Death due to brain damage
- 3 – Altre paralisi o altre disabilità sostanziali
Other paralysis or substantial disability
- 4 – Morte inaspettata
Unexpected death
- 5 – Danno neurologico
Neurological impairment
- 6 – Danni al sistema nervoso
Nerve damage
- 7 – Mancata diagnosi o diagnosi errata
Failure to diagnose, misdiagnoses
- 8 – Perdita di un arto o perdita dell'uso dello stesso
Loss of limb or use of thereof
- 9 – Perdita o mancata funzionalità dell'organo riproduttivo
Loss or impairment of reproductive organ
- 10 – Infezione
Infection
- 11 – Morte dovuta a infezione
Death due to infection
- 12 – Tetra/ Quadri/ Paraplegia
Tetra/ Quadri / Paraplegia
- 13 – Mancata diagnosi delle anomalie fetali prima della nascita
Failure to diagnose fetal abnormalities prior to birth
- 14 – Altro (specificare) _____
Other (please specify)

C) – 2 Perdite patrimoniali che non siano conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose o animali

Economic loss no consequence of personal Injury, death or damage to things

Danno Lamentato: _____
Damage claimed

D) Dettaglio del danneggiato (per lesioni personali, morte o danneggiamento a cose o animali, compresi il danno alla salute, biologico, morale)

Details relating to the claimant (about personal injury, death or property damage to things)

- Età del paziente: _____ • Data del ricovero: _____ • Data di dimissione: _____
Age of the patient Date of hospitalization Date of discharge
- Data dell'evento lesivo: _____
Date of loss
- Attività eseguita (o cura prestata) dal proponente sul paziente: _____
Type of operation

