

Si prega di compilare il presente modulo in tutte le sue parti, di scrivere in stampatello, allegando la documentazione richiesta e di inviarlo a:

**AON S.p.A. – C.so Aurelio Saffi, 31 - 16128 Genova**

**OGGETTO: Denuncia sinistro su polizza RC PROFESSIONALE COLPA GRAVE PER GLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA**

Pol. Numero \_\_\_\_\_ Compagnia : \_\_\_\_\_

**Dati ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via, Piazza) \_\_\_\_\_

CAP - Città - PV \_\_\_\_\_

Tel. / Cellulare \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**ATTIVITA' DELL'ASSICURATO**

Incarico / Funzione \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Con la presente Vi comunico di aver ricevuto in data | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | una richiesta di risarcimento rientrante fra le seguenti circostanze:

|\_\_| azione di responsabilità amministrativa promossa avanti la Corte dei Conti

|\_\_| notifica dell'invito a dedurre

|\_\_| comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria Pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta l'intenzione di ritenermi responsabile per colpa grave e conseguentemente di agire in via di rivalsa o di surrogazione ai sensi dell'art. 9 della legge 24/2017.

**ATTENZIONE:** non si considera richiesta di risarcimento e quindi **non costituisce sinistro** ai fini della polizza:

- la richiesta di risarcimento e/o l'azione giudiziale promossa dal terzo danneggiato direttamente nei confronti dell'Assicurato;
- la comunicazione dell'Azienda Sanitaria Pubblica o della sua impresa assicuratrice ai sensi dell'art. 13 della legge 24/2017.

**DESCRIZIONE DELL'EVENTO**

Luogo di accadimento \_\_\_\_\_

Data di accadimento \_\_\_\_\_

Nominativo del danneggiato \_\_\_\_\_

|\_\_| ricoverato

|\_\_| visitato

|\_\_| deceduto

presso:

|\_\_| Ospedale \_\_\_\_\_

|\_\_| Ambulatorio \_\_\_\_\_

|\_\_| Studio Medico \_\_\_\_\_

Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Danni lamentati dal reclamante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega la seguente documentazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**N.B. Qualora l'Assicurato entrasse in possesso della documentazione nei giorni successivi alla denuncia del sinistro, dovrà provvedere ad inviarla immediatamente.**