



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 – 13.30 e 14.30 – 18.30  
**@mail: [SUMAI@aon.it](mailto:SUMAI@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

**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.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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** (l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave, la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'assicurato per colpa grave, L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore)  
 Request of reimbursement (including invitation to respond, action of the Court of Auditors, sentence for gross negligence conduct, sentence for gross negligence conduct by the competent Court and the 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

Tra le quali,

la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo e ne richiede informazioni, tra cui la comunicazione ex art.13 Legge 8 marzo 2017 n.24;  
 The Formal Communication by which the Health Structure or the Public Health Structure informs the Insured that it has received a request for compensation from a Third party who wants to be compensated for a fact that has involved the Insured, including communication received by the insured as per article 13 of Law no. 24 of 8 March 2017

Altro;

**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
- Cause dell'evento lesivo: \_\_\_\_\_  
Causes of damage
- Conseguenze dell'evento lesivo: \_\_\_\_\_  
Damages suffered by the patient
- Percentuale di invalidità del danneggiato: \_\_\_\_\_%  Pretesa (non supportata da perizia)  Riconosciuta (supportata da perizia)  
Percentage of bodily damage Claimed Awarded

**E) Dettaglio dell'evento lesivo (allegare breve relazione dell'evento):**

Details relating to the damage

- Ruolo del proponente (es. 1° operatore, 2° operatore se Sinistro da lesioni, o altro ruolo)  
Role of the proposer
- Altre persone coinvolte (indicare ruolo e profili di responsabilità): \_\_\_\_\_  
Other people involved
- Dettagli in merito all'evento: \_\_\_\_\_  
Details relating to the damage
- Pretesa risarcitoria, danni lamentati dal reclamante (inclusi eredi): € \_\_\_\_\_  
Amount claimed (requested by claimant including heirs)
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente:  SI  NO  
The NHS Entity has been involved together with the proposer?
- Chiamata in causa esclusivamente dell'Azienda ospedaliera:  SI  NO  
The NHS Entity has been involved without the proposer?

**F) Stato del Sinistro se denunciato a precedente assicuratore:**

Status of the claim if the claim has been already notified, please indicate

- Aperto**  **Pagato**  **Senza seguito**  
Open Paid No sequel

Se Pagato, indicare l'ammontare dell' importo pagato: € \_\_\_\_\_  
 If Paid, please specify the amount paid

**G) Stato del procedimento (da compilare solo se il proponente è o è stato direttamente coinvolto)**

Status of the proceeding against the proposer

**Procedimento penale**

Criminal proceeding

 **in corso**

Ongoing criminal proceeding

Indicare stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

Status and degree of the proceeding  
\_\_\_\_\_ **concluso con** (es. sentenza di condanna, assoluzione, patteggiamento, ecc.): \_\_\_\_\_

Criminal proceeding concluded (with conviction, acquitting, plea-bargain, time-barred ecc...)

**Procedimento civile**

Civil proceeding

 **in corso**

Ongoing civil proceeding

Indicare stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

Status and degree of the proceeding  
\_\_\_\_\_ **concluso con** (es. sentenza di condanna per il proponente, rigetto, ecc.): \_\_\_\_\_

Civil proceeding concluded (with condemn to pay, rejected, time-barred ecc...)

In caso di condanna del proponente si prega di indicare il quantum da pagare/ pagato: € \_\_\_\_\_

Settlement amount

**Procedimento amministrativo - contabile**

Administrative proceeding

 **in corso**

Ongoing administrative proceeding

Indicare stato e grado del procedimento: \_\_\_\_\_

Status and degree of the proceeding  
\_\_\_\_\_ **concluso con** (es. sentenza di condanna, assoluzione, ecc.): \_\_\_\_\_

Administrative proceeding concluded (with condemn to pay, rejected, time-barred ecc...)

In caso di condanna del proponente si prega di indicare se trattasi di dolo o colpa grave \_\_\_\_\_

Please specify if there is intentional misconduct or gross negligence

**Altro (specificare)** \_\_\_\_\_

Other procedure

Ai sensi di legge il Contraente prende atto che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato.

Pursuant to the law the Proposer acknowledges that all data reported herein will be acquired solely for the purposes specified in the contract of insurance.

Il Contraente, consapevole che eventuali omissioni, false attestazioni e/o reticenze possono comportare l'inoperatività della copertura assicurativa, dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere.

The Insured - conscious that any omissions, false declarations and / or nondisclosure can lead to the ineffectiveness of the insurance contract - declares that the information provided is truthful, complete and correct.

Data \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_