

## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

### DATI DELL'ASSICURATO

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

Nato a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

### RESIDENTE

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice Service Card \_\_\_\_\_

Sezione di appartenenza  Provinciale  Regionale  Nazionale di \_\_\_\_\_

### ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medico di assistenza primaria                            | <input type="checkbox"/> Medico Inps               |
| <input type="checkbox"/> Medico di continuità assistenziale                       | <input type="checkbox"/> Medici penitenziari       |
| <input type="checkbox"/> Medico di emergenza sanitaria territoriale               | <input type="checkbox"/> Medico pensionato         |
| <input type="checkbox"/> Dirigente medico territoriale                            | <input type="checkbox"/> Medico dei servizi        |
| <input type="checkbox"/> Medico del Servizio di assistenza Sanitaria ai naviganti | <input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medico tirocinante o medico formato                      |  |

Ha una polizza di responsabilità civile professionale  SI  NO

Se sì, con quale compagnia: \_\_\_\_\_

---

### DATI SUL SINISTRO

#### INSORGENZA DEL SINISTRO

Dichiara che l'evento è avvenuto in data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_

#### NOTIZIA DELL'EVENTO

Dichiara che è venuto a conoscenza dell'evento per la prima volta in data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Desidera rivolgersi al Network Legale di ScudoMedico, potendo contare su un pool di esperti competenti in materia?  SI  NO

Desidera rivolgersi a un suo legale di fiducia?  SI  NO

Se la risposta è sì, indicare di seguito il NOME e COGNOME del legale e la CITTA' di competenza:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara di aver ricevuto (barrare una delle caselle corrispondenti) che il sottoscritto allega al presente modulo:

- Atto di citazione;  Atto della Procura della Repubblica;  
 Richiesta di mediazione;  Richiesta risarcimento danni della controparte o del legale;  
 Altro, specificare: \_\_\_\_\_

### BREVE SINTESI DELL'EVENTO

(descrivere in modo completo ed esauriente i fatti, indicandone le date di accadimento, e le attività compiute, esponendo le proprie considerazioni. Se lo spazio non è sufficiente, allegare relazione):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



La richiesta verrà trasmessa al 1° Soccorso Legale di Scudo Medico che fornirà un riscontro al professionista interessato entro 72 ore lavorative.

### COME INVIARE LA DOCUMENTAZIONE

E' possibile inviare la documentazione:

- Via fax al numero 06 44.16.34.44;
- Via email all'indirizzo [info@scudomedico.it](mailto:info@scudomedico.it).
- Tramite il menu "SINISTRI" del Portale Pegaso (<http://areaclienti.portalepegaso.it/>)

**Scudo Medico**

Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni  
tel. 06 44.16.34.43

[www.scudomedico.it](http://www.scudomedico.it)