

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 della Fimmg, 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.
 - Tramite il menu "SINISTRI" del Portale Pegaso (<http://areaclienti.portalepegaso.it/>)