

## 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:

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

