

DICHIARAZIONE DI SINISTRO E/O DI CIRCOSTANZA PREGRESSA (ai fini della valutazione dell'assunzione del rischio)

Nome e Cognome:	
-----------------	--

Indicare se si tratta di:

- **Circostanza:** qualsiasi contestazione scritta nei confronti dell'Assicurato che potrebbe originare una richiesta di risarcimento nei suoi confronti (a titolo esemplificativo ma non limitativo: comunicazione formale della struttura sanitaria, un terzo manifesta all'Assicurato la sua intenzione di avanzare una richiesta di risarcimento per il ristoro di un presunto danno ricevuto, istanza di mediazione ovvero una qualsiasi indagine, inchiesta, azione giudiziaria oppure accertamento tecnico o consulenza tecnica di cui agli artt.696 e 696 bis del c.p.c. notificata all'Assicurato.
- **Fatto:** qualsiasi altro atto o fatto di cui l'Assicurato sia a conoscenza che potrebbe originare una richiesta di risarcimento nei suoi confronti.

Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato relativa alla Circostanza / Fatto da segnalare, con eventuale valutazione personale della vicenda:

Indicare i motivi per cui si prevede che venga presentata una richiesta di risarcimento:

Indicare la data ed il luogo del presunto errore / omissione:

Identificazione dei presunti danneggiati e di tutte le altre persone o enti coinvolti (se conosciuti):

Ammontare del danno preteso se conosciuto, o indicazione del valore presunto:

(qualora lo spazio non sia sufficiente allegare relazione su carta intestata)

Data

Firma

Il presente modulo (comprensivo di eventuali integrazioni e/o allegati) deve essere restituito tramite via e-mail all'indirizzo sivemp@aon.it