

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI**

Gentile Assicurato,

La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 5) entro 5 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti recapiti:

@mail: denunce.rcsanitaria@aon.it

@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it

Tel: +39 02/87232.368

Aon S.p.A.- Claims Division - Professional Services

Si raccomanda l'osservanza di quanto previsto in polizza, rammentando altresì che:

- L'Assicurato non deve ammettere (la propria) responsabilità né raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo consenso scritto della Compagnia di Assicurazione.
- Ove pervenga all'Assicurato un atto giudiziario o assimilato (in via indicativa e non esaustiva: atto di citazione, invito a dedurre, ricorso per accertamento tecnico preventivo, richiesta di mediazione/negoziazione, ecc.), tale atto dovrà essere trasmesso esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine.
- AON non è una Compagnia di Assicurazione, e pertanto – in caso di eventuali contestazioni in merito al sinistro – non risulta essere soggetto legittimato passivo, poiché AON svolge esclusivamente l'attività di intermediario assicurativo.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI**

1) DATI DELL'ASSICURATO

| | | | |
|----------------------------|-----|-----------|-----------------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Codice fiscale/Partita IVA | | | Data di nascita |
| Indirizzo | | | N. civico |
| Comune | CAP | Provincia | |
| Cellulare | | | |
| Indirizzo email | | | |

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti il sinistro saranno inviate all'indirizzo email sopra indicato

1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE - ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA

RUOLO (ad es. : primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.): _____

REGIME

- dipendente del SSN intramoenia (A1) extramoenia (B3)
 dipendente di struttura privata convenzionata (A2) non convenzionata (B2)
 libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE LAVORA ATTUALMENTE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata? sì no

In caso di cessazione dell'attività, specificare:

Data: _____ Motivo: (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso) _____

RAL AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO: _____

**1B) ATTIVITA' PROFESSIONALE - AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO
(da compilare solo se diverso da quanto sopra)**

RUOLO (ad esempio: primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.): _____

REGIME

- dipendente del SSN intramoenia (A1) extramoenia (B3)
 dipendente di struttura privata convenzionata (A2) non convenzionata (B2)
 libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI**

1C) COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO

POLIZZA COLPA GRAVE Lloyd's

TUTELA LEGALE DAS

Barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare e allegare:

* Certificato assicurativo/Scheda di copertura

* Copia ordine di bonifico a conferma della data di avvenuto pagamento della polizza

1D) ALTRE COPERTURE DELL'ASSICURATO PER LO STESSO RISCHIO

| TIPO POLIZZA | NUMERO POLIZZA | COMPAGNIA | DECORRENZA | SCADENZA | MASSIMALE | DATA DENUNCIA PRESENTE SINISTRO |
|--------------|----------------|-----------|------------|----------|-----------|------------------------------------|
| | | | / / | / / | | |
| | | | / / | / / | | |

- Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.
- In caso di Sinistro, l'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

| | |
|---|--|
| Cognome e Nome/Ragione Sociale | |
| Indirizzo | |
| Recapito telefonico/cellulare | |
| Nome del legale del danneggiato (se incaricato) | |
| Studio del legale e recapito telefonico | |

2B) DATA DEL FATTO CONTESTATO

- Data dell'evento (atto/fatto contestato): _____
- Data di prima conoscenza dell'atto/fatto contestato, e/o di notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di terzi : _____
- Fatto contestato e ammontare richiesto (se conosciuto): _____
- Contestazione pervenuta (es.: comunicazione della Struttura Sanitaria ex Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, richiesta di risarcimento danni, messa in mora, surroga, mediazione, atto di citazione, ricorso per ATP o altra misura cautelare urgente, informazione di garanzia, verbale di identificazione e/o avviso di accertamenti tecnici non ripetibili e/o costituzione di parte civile nel procedimento penale, invito a dedurre della Corte dei Conti, ecc.): _____

3) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ENTE DI APPARTENENZA

LEGALE DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----|--|--|
| Cognome e Nome/Studio | | | | | |
| Indirizzo studio | | | | | |
| Indirizzo email | | | | | |
| Telefono/Cellulare | | | FAX | | |

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----|--|--|
| Cognome e Nome/Studio | | | | | |
| Indirizzo studio | | | | | |
| Indirizzo email | | | | | |
| Telefono/Cellulare | | | FAX | | |

4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ASSICURATO (per polizza di Tutela Legale)

LEGALE DI FIDUCIA

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----|--|--|
| Cognome e Nome/Studio | | | | | |
| Indirizzo studio | | | | | |
| Indirizzo email | | | | | |
| Telefono/Cellulare | | | FAX | | |

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----|--|--|
| Cognome e Nome/Studio | | | | | |
| Indirizzo studio | | | | | |
| Indirizzo email | | | | | |
| Telefono/Cellulare | | | FAX | | |

NB: nel caso in cui l'Assicurato provveda direttamente e autonomamente all'incarico di un professionista per la Sua difesa e tutela:

- Per quel che riguarda la polizza di RC, la scelta dei professionisti è di esclusiva competenza della Compagnia;
- Per quel che riguarda la polizza di TL, i professionisti eventualmente scelti dall'Assicurato devono essere ratificati dalla Compagnia di Tutela Legale, che sosterrà le spese per un legale e un perito/consulente tecnico solo a condizione che le stesse siano coperte ed espressamente garantite in polizza.

5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

- Copia del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
- Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Colpa Grave e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
- Copia del documento con cui l'Assicurato è venuto per la prima volta a conoscenza del fatto contestato, ovvero della richiesta di risarcimento danni, atto di messa in mora e/o atti giudiziari (mediazione, atto di citazione, ATP, avviso di garanzia, ecc.) che sono all'origine della presente denuncia
- Copia completa dell'eventuale corrispondenza pregressa relativa al caso di specie
- Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
- Copia della comunicazione con cui l'Assicurato ha provveduto a informare dei fatti la Struttura Ospedaliera nonché a richiedere la manleva alla Struttura quale soggetto giuridico che, ai sensi di legge e/o dei CCNL, risponde in suo nome e per suo conto dell'attività professionale al suo interno espletata
- Copia della comunicazione di nomina del fiduciario legale e/o peritale indirizzata alla Struttura con richiesta di patrocinio legale, ovvero assunzione a carico della Struttura di ogni onere relativo alla difesa legale e peritale
- Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
- Altro (specificare) _____

6) DICHIARAZIONE E SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO

- *L'Assicurato dichiara che le informazioni fornite sono complete e veritiere ;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole che eventuali omissioni, false dichiarazioni e/o reticenze possono pregiudicare l'operatività di polizza;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole di non dover ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni e/o accordi oppure sostenere spese, senza il preventivo consenso scritto degli Assicuratori;*
- *In caso di sinistro, l'Assicurato è consapevole di doverne dare avviso scritto a tutti gli Assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri.*

Data _____ Nome e Cognome _____

Firma _____