

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ COLPA GRAVE – ORDINI & COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

Gentile Assicurato,

Premesso che si intendono espressamente richiamati gli articoli di polizza relativi alla Definizione di Sinistro, Obblighi in caso di Sinistro e Oggetto dell'Assicurazione, il presente Modulo ha lo scopo di supportarLa negli adempimenti utili a poter correttamente beneficiare della tutela garantita dalle polizze da Lei sottoscritte.

In caso di denuncia di sinistro, La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 5) entro 10 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti indirizzi:

@mail: lorenzo.dacosto@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.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ COLPA GRAVE – ORDINI & COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

ATTENZIONE !

- La mancanza di uno o più documenti e/o la mancata o incompleta compilazione e/o sottoscrizione comporta inevitabilmente la necessità di integrazione da parte dell'Assicurato stesso, con conseguente dilatazione delle tempistiche di riscontro e tutela.
- E' pertanto **FONDAMENTALE** rispondere tempestivamente alle richieste istruttorie formulate dall'Assicuratore nonché inviare con la massima sollecitudine eventuali seguiti e/o aggiornamenti.
- Per quel che concerne in particolare: **ATTI GIUDIZIARI o ASSIMILATI** (in via indicativa e non esaustiva: atto di citazione, invito a dedurre, ricorso per accertamento tecnico preventivo, richiesta di mediazione/negoziazione, ecc.), Le significhiamo che gli stessi devono essere trasmessi esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine, onde:
 - consentire all'Assicuratore di potersi esprimere in tempo utile rispetto ai termini processualmente stabiliti senza incorrere in decadenze per la costituzione;
 - evitare che eventuali Sue tardive comunicazioni possano arrecarLe pregiudizio.
- **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 COLPA GRAVE – ORDINI & COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

1) DATI DELL'ASSICURATO

Cognome			
Nome			
Codice fiscale/Partita IVA		Data di nascita	
Indirizzo		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Cellulare			
Indirizzo email			
Eventuale indirizzo PEC			

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

1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata? sì no

In caso di cessazione dell'attività, specificarne data e motivo (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso)

Data: _____ Motivo: _____

➤ Cariche assicurate sulle quali intende denunciare il sinistro:

➤ Ente di appartenenza: _____

➤ Copertura assicurativa Ente di appartenenza: _____

1B) COPERTURE ASSICURATIVE

RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE - allegare: certificato assicurativo + documenti attestanti la data di pagamento del premio di assicurazione

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ COLPA GRAVE – ORDINI & COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

**1C) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO
PER LO STESSO RISCHIO**

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

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome
Nome
Ragione Sociale

2B) DATA DEL FATTO CONTESTATO

- Data del fatto contestato: _____

Come meglio specificato nelle condizioni di polizza, in particolare in punto Definizione di Circostanza/Sinistro (alle quali si rimanda per eventuali approfondimenti), l'Assicurato è venuto per la prima volta a conoscenza in data _____ del fatto contestato, ovvero di richieste, notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi per l'attività professionale prestata, quali:

- richiesta di risarcimento danni promossa dal Terzo (escluso l'Ente di appartenenza) rivolta in forma scritta direttamente all'Assicurato;
- procedimento penale a carico dell'Assicurato o comunque l'invio di un'informazione di garanzia;
- la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Ente di Appartenenza, inerente un'inchiesta promossa dalla Corte dei Conti;
- la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Ente di Appartenenza, di aver inoltrato l'informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale l'Ente di Appartenenza o la sua impresa di assicurazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ COLPA GRAVE – ORDINI & COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

3) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ENTE DI APPARTENENZA

LEGALE DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare	FAX		

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

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare	FAX		

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ COLPA GRAVE – ORDINI & COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

3) EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL'ASSICURATO

LEGALE DI FIDUCIA

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare		FAX	

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare		FAX	

NB: Come evidenziato nei documenti di polizza, in relazione all'incarico di un professionista per la difesa e tutela dell'Assicurato, la scelta dei professionisti è di esclusiva competenza della Compagnia. L'Assicurato ha facoltà di proporre alla Compagnia professionisti di Sua fiducia, la cui nomina è comunque soggetta alle condizioni di polizza nonché subordinata all'autorizzazione scritta dell'Assicuratore. Eventuali spese legali e/o di tecnici non autorizzate dalla Compagnia resteranno a carico dell'Assicurato

5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

1. Copia del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
2. Richiesta (formulata per iscritto all'Ente di Appartenenza) di attivazione di copertura assicurativa della Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile e della Tutela Legale nonché di manleva e patrocinio legale.
3. Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile Patrimoniale, Amministrativa e/o Amministrativo-Contabile e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata, o dichiarazione sottoscritta di assenza di altre polizze a copertura del medesimo rischio
4. 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
5. Copia completa dell'eventuale corrispondenza pregressa relativa al caso di specie
6. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
7. 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 _____