

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

Gentile Assicurato,

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

In caso di denuncia 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 ad uno dei seguenti indirizzi:

@mail: denunce.rcsanitaria@aon.it

@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it

Tel: +39 02/87232.368

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

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

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
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

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) COPERTURA ASSICURATIVA – ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

RC PROFESSIONALE

Allegare: pagamento quota iscrizione Albo

1B) ALBO DI APPARTENENZA

- Albo della professione sanitaria di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Albo della professione sanitaria di Assistente Sanitario
- Albo della professione sanitaria di Tecnico Sanitario di laboratorio biomedico
- Albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista
- Albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista
- Albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico
- Albo della professione sanitaria di Dietista
- Albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia
- Albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Albo della professione sanitaria di Igienista dentale
- Albo della professione sanitaria di Fisioterapista
- Albo della professione sanitaria di Logopedista
- Albo della professione sanitaria di Podologo
- Albo della professione sanitaria di Ortottista e assistente di oftalmologia
- Albo della professione sanitaria di Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Albo della professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Albo della professione sanitaria di Terapista occupazionale
- Albo della professione sanitaria di Educatore professionale
- Albo della professione sanitaria di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

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

RUOLO

REGIME

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

DATI IDENTIFICATIVI 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) _____

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

RUOLO

REGIME

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

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

RAL AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO

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

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

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

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

- decesso lesioni danni a cose danni patrimoniali

Data dell'evento (atto/fatto contestato): _____

Come meglio specificato nelle condizioni di polizza, in particolare in punto Definizione di 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 notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi per l'attività professionale prestata nel modo di seguito indicato:

- comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per
- Danni cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazione ex. art. 13 L. 24/2017;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
- ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza richiede una
- relazione tecnico-sanitaria.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

3) STRUTTURA DOVE È AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

Indicare luogo esatto dove è accaduto il fatto (se possibile) _____

TIPOLOGIA DI STRUTTURA

- Azienda Ospedaliera Struttura privata convenzionata SSN
 Struttura privata NON convenzionata SSN Ambulatorio medico
 Altro (specificare) _____
Denominazione struttura _____
Indirizzo struttura _____

DESCRIZIONI AGGIUNTIVE DELLA STRUTTURA

Dimensioni (posti letto) nessuno < 100 100-500 > 500
Numero dipendenti : _____
Eventuale copertura assicurativa struttura (se conosciuta) _____

4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALLA STRUTTURA

LEGALE DESIGNATO DALLA STRUTTURA

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

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALLA STRUTTURA

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

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

4A) EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ASSICURATO

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 che potrebbe pertanto non riconoscere le spese sostenute dall'Assicurato**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

1. Copia del presente modulo (SEZIONE A – valido per tutte le Professioni Sanitarie) per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
 2. Copia del pagamento della quota di iscrizione all’Albo
 3. Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Tutela Legale stipulate dall’Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
 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 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
 6. 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
 7. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
 8. Altro (specificare)
-

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI

6) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- *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 _____