

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AARO I – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

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 lo 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 15 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti indirizzi:

@mail: denunce.rcmedica@aon.it
@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it
Tel: +39 02/87232.368
Fax: 02.45463.413
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.

AON

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

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.
- A seguito dell'invio del Modulo di denuncia sinistri al Broker Aon, l'assicurato riceve un numero di riferimento di sinistro.
È importante verificare la correttezza dell'invio nonché integrare tempestivamente la documentazione inviata seguito richiesta del Broker.
In assenza di riscontro accertarsi di aver inviato correttamente il Modulo di denuncia sinistri.
- E' **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 della Spett. AAROI.



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

1) DATI DELL'ASSICURATO

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

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

1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE – AL MOMENTO DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA

RUOLO (direttore dipartimento, direttore U.O.C., direttore U.O.S.D., direttore U.O.S., dirigente di I livello, collaboratore libero professionale): _____

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA DOVE LAVORA ATTUALMENTE:

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

REGIME LAVORATIVO:

1) Dipendente di struttura pubblica: **specificare se:**

- Ruolo ospedaliero
- Ruolo universitario
- Specialista ambulatoriale
- Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3)

2) Dipendente di struttura privata: **specificare se:**

- Ruolo ospedaliero
- Ruolo universitario
- Specialista ambulatoriale
- Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3)
- Struttura convenzionata (A2)
- Struttura non convenzionata (B2)

3) Libero professionista (B1)

4) Specializzando (D)

5) ACN SUMAI (specialista ambulatoriale). **Specificare se:**

- intramoenia (C1)
- extramoenia (C2)

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

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

RUOLO (direttore dipartimento, direttore U.O.C., direttore U.O.S.D., direttore U.O.S., dirigente di I livello, collaboratore libero professionale): _____

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO:

REGIME LAVORATIVO:

- 1) Dipendente di struttura pubblica: **specificare se:**
- Ruolo ospedaliero
 - Ruolo universitario
 - Specialista ambulatoriale
 - Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3)

- 2) Dipendente di struttura privata: **specificare se:**
- Ruolo ospedaliero
 - Ruolo universitario
 - Specialista ambulatoriale
 - Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3)
- Struttura convenzionata (A2)
- Struttura non convenzionata (B2)

- 3) Libero professionista (B1)
- 4) Specializzando (D)
- 5) ACN SUMAI (specialista ambulatoriale). **Specificare se:**
- intramoenia (C1)
 - extramoenia (C2)

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI- EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE AAROI - EMAC

Iscrizione a AAROI - EMAC sì no

Polizze stipulate tramite AAROI - EMAC alla data della prima richiesta/denuncia:

(barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare e allegare i rispettivi documenti richiesti):

RC PROFESSIONALE e TUTELA LEGALE INTEGRATIVA (c.d. "primo rischio") → Allegare: * Modulo di adesione
* Certificato assicurativo

RC PROFESSIONALE e TUTELA LEGALE BASE (c.d. "secondo rischio") → Allegare: * Documenti attestanti l'iscrizione, il periodo di iscrizione e la data di pagamento della quota associativa

**1D) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI 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
CONVENZIONE AARO I – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome

Nome

Codice Fiscale

2B) FATTO CONTESTATO

Si rammenta di allegare Relazione circostanziata come previsto al punto 6) del Modulo

- decesso lesioni danni a cose
- Data del 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:

- informazione di garanzia, verbale di identificazione e/o avviso di accertamenti tecnici non ripetibili e/o costituzione di parte civile nel procedimento penale
- richiesta di risarcimento danni
- istanza di mediazione
- atto di citazione
- ricorso per accertamento tecnico preventivo o altra misura cautelare urgente
- messa in mora della struttura
- invito a dedurre da parte della Corte dei Conti

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

3) STRUTTURA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

- Azienda Ospedaliera
- Struttura privata convenzionata SSN
- Struttura privata NON convenzionata SSN
- Ambulatorio medico
- Policlinico ambulatoriale
- Altro (specificare) _____

Denominazione struttura _____

Indirizzo struttura _____

Copertura assicurativa struttura _____

Numero posti della struttura < 100 100-500 >500

Linea di attività nell'ambito della quale è avvenuto il fatto contestato:

- anestesia loco-regionale
- terapia intensiva
- cure palliative
- emergenza intraospedaliera
- medicina iperbarica
- attività medico di famiglia
- visita preoperatoria
- anestesia generale
- terapia del dolore
- sedazione
- emergenza extra-ospedaliera
- consulenza

Conseguenze del fatto contestato

- lesione neurologica periferica
- stato di coma
- avulsione dente
- lesione neurologica sistema nervoso centrale
- decesso
- altro (specificare) _____

Per quale motivo ritiene di essere coinvolto

- Responsabilità diretta
- Responsabile di U.O.
- Responsabilità d'équipe
- Altro (specificare): _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

Trasporto

Primario Su AutoAmbulanza
 Secondario Su EliAmbulanza
 Altro (specificare): _____
NOTE: _____

Altro (specificare): _____

NOTE: _____

Breve descrizione dell'accaduto:

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI- EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALLA STRUTTURA

LEGALE DESIGNATO DALLA STRUTTURA

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

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALLA STRUTTURA

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
CONVENZIONE AAROI- POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

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

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: 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.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI - POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

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. In caso di copertura integrativa: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
3. In caso di copertura base: copia di dichiarazione dell'Associazione attestante l'iscrizione all'Associazione, il periodo di iscrizione e la data di pagamento della quota associativa per tale periodo
4. 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;
5. 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
6. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
7. 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
8. 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
9. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
10. 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 _____

AON