

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE e Tutela Legale**

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 e-mail ad uno dei seguenti indirizzi:

@Mail: denunce.rcmedica@aon.it

@Pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it

Tel: +39 02/87232.368

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

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 S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE 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.
- È 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 scadenze 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. S.I.Ve.M.P..



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

1) DATI DELL'ASSICURATO

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

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti al sinistro saranno inviate all'indirizzo e-mail sopra indicato

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

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

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)



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE LAVORA ATTUALMENTE: _____

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

Data: _____ Motivo: _____

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

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

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)

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE S.I.Ve.M.P.

Iscrizione a S.I.Ve.M.P. sì no

Polizze stipulate tramite S.I.Ve.M.P. 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 COLPA GRAVE - POLIZZA BASE Allegare: *Conferma messa in copertura
*Documento attestante il pagamento della quota Associativa
- TUTELA LEGALE

**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 S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome	
Nome	
Data di nascita	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Professione:

**2B) INQUADRAMENTO DEL RAPPORTO GIURIDICO INSORTO CON IL DANNEGGIATO
(AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO)**

- Rapporto diretto contrattuale: Allegare fattura comprovante la prestazione erogata in proprio
- Rapporto indiretto, in quanto il contratto di prestazione è insorto esclusivamente tra il danneggiato e la Struttura ove avvenuto il fatto: Allegare copia dell'accordo di collaborazione intercorso con la struttura al momento dell'evento

2C) FATTO CONTESTATO

Si rammenta di allegare Relazione circostanziata come previsto al punto 5) del Modulo

TIPOLOGIA FATTO CONTESTATO (barrare anche più di un campo):

- diagnostico chirurgico terapeutico di comunicazione assistenziale infezione
- altro _____

- 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:

- la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni Corporali o Materiali e/o Perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito per le conseguenze di tali Danni;

AON

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE

- la citazione o la 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;
- il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora e manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- relazione richiesta al professionista da parte della Struttura Sanitaria in merito ad un evento;
- comunicazione da parte delle Strutture sanitarie e sociosanitarie e/o dei loro Assicuratori di instaurazione di giudizio promosso nei loro confronti da parte di terzo danneggiato o di avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della L. 24/2017 (legge Gelli);
- altro (specificare) _____

3) STRUTTURA DOVE È AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

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

Denominazione Struttura _____

Indirizzo struttura _____

Copertura assicurativa stipulata dalla Struttura a manleva del personale operante (se conosciuta):

Compagnia: _____ N. polizza: _____
Decorrenza: _____ Scadenza: _____

Copertura assicurativa stipulata dalla Struttura per la Tutela Legale del personale operante (se conosciuta):

Compagnia: _____ N. polizza: _____
Decorrenza: _____ Scadenza: _____

N.B. ALLEGARE (se conosciute) condizioni di polizza e copia della denuncia di sinistro della Struttura al proprio Assicuratore

AON

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

4) PROFESSIONISTI INCARICATI

per Polizza di Tutela Legale

LEGALE

DESIGNATO DALLA STRUTTURA

DESIGNATO DALL'ASSICURATO

Cognome				
Nome				
Indirizzo studio			N. civico	
Comune		CAP	Provincia	
Indirizzo e-mail				
Telefono/Cellulare	FAX			

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)

DESIGNATO DALLA STRUTTURA

DESIGNATO DALL'ASSICURATO

Cognome				
Nome				
Indirizzo studio			N. civico	
Comune		CAP	Provincia	
Indirizzo e-mail				
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 solo a condizione che le stesse siano coperte ed espressamente garantite in polizza.

AON

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE S.I.Ve.M.P. - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

1. Copia completa del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato firmato e sottoscritto
2. Copia del documento Privacy Aon debitamente compilato firmato e sottoscritto
3. Per la polizza di RC Professionale e Colpa Grave (polizza base), si prega di allegare: Conferma messa in copertura, documento attestante il pagamento della quota associativa; domanda/rinnovo iscrizione S.I.Ve.M.P.
4. Per la polizza di RC Professionale integrativa (polizza ad adesione), si prega di allegare: Modulo di adesione, certificato di assicurazione, domanda/rinnovo iscrizione S.I.Ve.M.P.
5. Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori e/o stipulate dalla Struttura dove è avvenuto il fatto contestato nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
6. 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
7. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale dell'incidente
8. Copia della comunicazione con cui l'Assicurato ha provveduto a informare dei fatti la Struttura 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
9. 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
10. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura

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