

**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 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. 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

**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'incidento
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