

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

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](mailto:lorenzo.dacosto@aon.it)**  
**@pec: [sinistriprofessioni@pec.aon.it](mailto: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 AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

**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 AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

**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) 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: \_\_\_\_\_

➤ A quale attività/carica si riferisce il sinistro? Presso quale Ente è svolta tale attività/carica?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ Copertura assicurativa Ente di appartenenza (se conosciuta):

\_\_\_\_\_

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

**1B) COPERTURE ASSICURATIVE**

**Barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare e allegare i rispettivi documenti richiesti :**

RESPONSABILITÀ  
AMMINISTRATIVA E  
AMMINISTRATIVO-CONTABILE



Allegare:

- ❖ Certificato assicurativo
- ❖ Copia ordine di bonifico per il pagamento della polizza

TUTELA LEGALE



Allegare:

- ❖ Certificato assicurativo
- ❖ Copia ordine di bonifico per il pagamento della polizza

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

| TIPO POLIZZA | NUMERO POLIZZA | COMPAGNIA | DECORRENZA | SCADENZA | MASSIMALE | DATA DENUNCIA<br>PRESENTE SINISTRO |
|--------------|----------------|-----------|------------|----------|-----------|------------------------------------|
|              |                |           | / /        | / /      |           |                                    |
|              |                |           | / /        | / /      |           |                                    |

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEL  
PERSONALE AMMINISTRATIVO, TECNICO E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE  
SANITARIE**

**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 Fatti e/o Circostanze e 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 – in via indicativa:

- richiesta di risarcimento danni,
- mediazione o negoziazione assistita,
- atto di citazione,
- ricorso per accertamento tecnico preventivo o altra misura cautelare urgente,
- informazione di garanzia, verbale di identificazione e/o avviso di accertamenti tecnici non ripetibili e/o costituzione di parte civile nel procedimento penale,
- invito a dedurre da parte della Corte dei Conti,
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

### **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 AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

**4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ASSICURATO  
(polizza Tutela Legale S.p.a. – se acquistata)**

**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:**

- Per quel che riguarda i procedimenti davanti alla Corte dei Conti, la scelta dei professionisti è di esclusiva competenza della Compagnia. L'Assicurato ha la facoltà di indicare un nominativo che potrà essere valutato dalla Compagnia. La nomina di un legale di fiducia dovrà avvenire solo a seguito dell'eventuale benestare dalla Compagnia;
- Per quel che riguarda la garanzia accessoria di Tutela Legale Penale, i professionisti eventualmente scelti dall'Assicurato devono essere preventivamente 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  
RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO-CONTABILE E TUTELA LEGALE DEI  
DIPENDENTI E AMMINISTRATORI DI STRUTTURE SANITARIE**

**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 \_\_\_\_\_