

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
CONVENZIONE SIOEChCF - POLIZZE RC PROFESSIONALE 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 email ad uno dei seguenti indirizzi:

**@mail:** [denunce.rcmedica@aon.it](mailto:denunce.rcmedica@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  
CONVENZIONE SIOEChCF - 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.
- 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 della Spett. SIOeChCF.

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

**1) DATI DELL'ASSICURATO**

Cognome			
Nome			
Codice fiscale/Partita IVA		Data di nascita	
Indirizzo		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Cellulare			
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 (ad es. : primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.)

---

REGIME

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dipendente del SSN              | <input type="checkbox"/> intramoenia (A1)   | <input type="checkbox"/> extramoenia (B3)       |
| <input type="checkbox"/> dipendente di struttura privata | <input type="checkbox"/> convenzionata (A2) | <input type="checkbox"/> non convenzionata (B2) |
| <input type="checkbox"/> libero professionista (B1)      |   |   |

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 – AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO**

(da compilare solo se diverso da quanto sopra)

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

---

REGIME

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> dipendente del SSN              | <input type="checkbox"/> intramoenia (A1)   | <input type="checkbox"/> extramoenia (B3)       |
| <input type="checkbox"/> dipendente di struttura privata | <input type="checkbox"/> convenzionata (A2) | <input type="checkbox"/> non convenzionata (B2) |
| <input type="checkbox"/> libero professionista (B1)      |   |   |

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

---



## **2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO**

### **2A) DATI DEL DANNEGGIATO**

Cognome

Nome

### **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 ospedaliera
- invito a dedurre da parte della Corte dei Conti

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
CONVENZIONE SIOEChCF - 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  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Denominazione struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo struttura \_\_\_\_\_

Copertura assicurativa struttura \_\_\_\_\_

**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 SIOEChCF - 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 SIOEChCF - POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

**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 e sottoscritto
2. Per la polizza di Responsabilità Civile: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
3. Per la polizza di Tutela Legale: dichiarazione su carta intestata dell'Associazione a conferma dell'avvenuta iscrizione, copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
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 \_\_\_\_\_