

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

Gentile Assicurato,

La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 5) entro 5 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti indirizzi:

**@mail:** [denunce.rcsanitaria@aon.it](mailto:denunce.rcsanitaria@aon.it)

**@pec:** [sinistriprofessioni@pec.aon.it](mailto:sinistriprofessioni@pec.aon.it)

**Tel:** +39 02/87232.368

**Fax:** 02.45463.254

**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.
- Ove pervenga all'Assicurato un atto giudiziario o assimilato (in via indicativa e non esaustiva: atto di citazione, invito a dedurre, ricorso per accertamento tecnico preventivo, richiesta di mediazione/negoziazione, ecc.), tale atto dovrà essere trasmesso esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine.
- 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 PER COLPA GRAVE 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			

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

**1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE - ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA**

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

REGIME

- dipendente del SSN                       intramoenia (A1)                       extramoenia (B3)  
 dipendente di struttura privata    convenzionata (A2)                       non convenzionata (B2)  
 libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE LAVORA ATTUALMENTE

\_\_\_\_\_

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata?    sì    no

In caso di cessazione dell'attività, specificare:

Data: \_\_\_\_\_ Motivo: (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso) \_\_\_\_\_

RAL AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO: \_\_\_\_\_

**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

- dipendente del SSN                       intramoenia (A1)                       extramoenia (B3)  
 dipendente di struttura privata    convenzionata (A2)                       non convenzionata (B2)  
 libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

\_\_\_\_\_

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

**1C) COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO**

POLIZZA COLPA GRAVE

TUTELA LEGALE

**Barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare e allegare:**

\* Certificato assicurativo/Scheda di copertura

\* Copia ordine di bonifico a conferma della data di avvenuto pagamento della polizza

**1D) ALTRE COPERTURE DELL'ASSICURATO PER LO STESSO RISCHIO**

TIPO POLIZZA	NUMERO POLIZZA	COMPAGNIA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE	DATA DENUNCIA PRESENTE SINISTRO
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		

- Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.
- In caso di Sinistro, l'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

**2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO**

**2A) DATI DEL DANNEGGIATO**

Cognome e Nome/Ragione Sociale	
Indirizzo	
Recapito telefonico/cellulare	
Nome del legale del danneggiato (se incaricato)	
Studio del legale e recapito telefonico	

**2B) DATA DEL FATTO CONTESTATO**

- Data dell'evento (atto/fatto contestato): \_\_\_\_\_
- Data di prima conoscenza dell'atto/fatto contestato, e/o di notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di terzi : \_\_\_\_\_
- Fatto contestato e ammontare richiesto (se conosciuto): \_\_\_\_\_
- Contestazione pervenuta (es.: comunicazione della Struttura Sanitaria ex Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, richiesta di risarcimento danni, messa in mora, surroga, mediazione, atto di citazione, ricorso per ATP 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 della Corte dei Conti, ecc.): \_\_\_\_\_

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

### 3) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ENTE DI APPARTENENZA

*LEGALE DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA*

Cognome e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare			FAX		

*CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA*

Cognome e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare			FAX		

### 4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ASSICURATO (per polizza di Tutela Legale)

*LEGALE DI FIDUCIA*

Cognome e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare			FAX		

*CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)*

Cognome e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
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  
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

**5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA**

- Copia del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
- Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Colpa Grave e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
- 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
- Copia completa dell'eventuale corrispondenza pregressa relativa al caso di specie
- Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
- 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
- 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
- Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
- 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 \_\_\_\_\_