

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE – CIMO**

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 all'indirizzo: denunce.rcsanitaria@aon.it

In caso non si disponga di email, è possibile inviare un fax al n. 02/45463254 oppure una raccomandata A/R all'indirizzo:

Aon S.p.A. – C.A. dr.ssa Andrea Calcaterra
Claims Division - Professional Services
Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano (MI)

Per qualsiasi informazione relativa ai sinistri, siamo a Sua completa disposizione al numero: +39 02/87232.368, che effettua il seguente orario di ricevimento telefonico:

- dal lunedì al venerdì:
- dalle h. 8.30 alle h. 12.30 e dalle h. 13.30 alle h. 17.30

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 – CIMO**

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

- | | | |
|--|---|---|
| <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 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

- | | | |
|--|---|---|
| <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 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 – CIMO**

1C) COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO

dipendenti pubblici	dipendenti privati
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. 64 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 – CIMO**

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

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 la scelta dei professionisti è di esclusiva competenza della Compagnia di RC.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE – CIMO**

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, inclusa copia del documento Privacy Aon firmato 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 _____