

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

Gentile Assicurato,

Premesso che si intendono espressamente richiamati gli articoli di polizza relativi alla Definizione di Sinistro e Obblighi di Denuncia di Sinistro, 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 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

@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it

Tel: +39 02/87232.368

da lunedì a venerdì: ore 08.30 – 12.30 e 13.30 – 17.30

Fax: 02.45463.413

Aon S.p.A.- Claims Division - Professional Services

Via Calindri, 6 – 20143 Milano (MI)

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 SIMPE - 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.
- A seguito dell'invio del Modulo di denuncia sinistri al Broker Aon, l'assicurato riceve un numero di riferimento di sinistro.
È importante verificare la correttezza dell'invio nonché integrare tempestivamente la documentazione inviata seguito richiesta del Broker.
In assenza di riscontro accertarsi di aver inviato correttamente il Modulo di denuncia sinistri.
- E' 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 arrecare 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. SIMPE.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIMPE - 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			

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

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ dipendente del SSN | ☐ intramoenia (A1) | ☐ extramoenia (B3) |
| ☐ dipendente di struttura privata | ☐ convenzionata (A2) | ☐ non convenzionata (B2) |
| ☐ libero professionista (B1) | | |
| ☐ ACN SUMAI (specialista ambulatoriale) | ☐ intramoenia (C1) | ☐ extramoenia (C2) |

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

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ dipendente del SSN | ☐ intramoenia (A1) | ☐ extramoenia (B3) |
| ☐ dipendente di struttura privata | ☐ convenzionata (A2) | ☐ non convenzionata (B2) |
| ☐ libero professionista (B1) | | |
| ☐ ACN SUMAI (specialista ambulatoriale) | ☐ intramoenia (C1) | ☐ extramoenia (C2) |

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

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

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE SIMPE

Iscrizione a SIMPE

☐ sì

☐ no

Polizze stipulate tramite SIMPE 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

TUTELA LEGALE

INTEGRATIVA (c.d. "primo rischio")



Allegare:

* Modulo di adesione

* Certificato assicurativo

☐ RC PROFESSIONALE e

TUTELA LEGALE

BASE (c.d. "secondo rischio")



Allegare:

* Documenti attestanti l'iscrizione, il periodo di iscrizione e la data di pagamento della quota associativa

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

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 SIMPE - 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 _____

Numero posti della struttura ☐ < 100 ☐ 100-500 ☐ >500

Linea di attività nell'ambito della quale è avvenuto il fatto contestato

- | | |
|---|--|
| ☐ anestesia loco-regionale | ☐ anestesia generale |
| ☐ terapia intensiva | ☐ terapia del dolore |
| ☐ cure palliative | ☐ sedazione |
| ☐ emergenza intraospedaliera | ☐ emergenza extra-ospedaliera |
| ☐ medicina iperbarica | ☐ consulenza |

Conseguenze del fatto contestato

- | | |
|---|---|
| ☐ lesione neurologica periferica | ☐ lesione neurologica sistema nervoso contrale |
| ☐ stato di coma | ☐ decesso |
| ☐ avulsione dente | ☐ altro (specificare) _____ |

Per quale motivo ritiene di essere coinvolto

- | | |
|---|---|
| ☐ Responsabilità diretta | ☐ Responsabilità d'équipe |
| ☐ Responsabile di U.O. | ☐ Altro (specificare): _____ |

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

3A) DOVE E' AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

☐ Sala operatoria	
Classe A.S.A. del paziente:	☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ Emergenza ☐ Elezione
Fase dell'intervento in sala operatoria in cui è avvenuto/iniziato il fatto contestato	
☐ induzione	☐ gestione delle vie aeree
☐ mantenimento	☐ risveglio
Tipo di intervento (Ch. Generale, Ch. Ginecologica, Ch. Urologica, ect...): _____	
NOTE: _____	

☐ Terapia Intensiva	
Motivo del ricovero in T.I. : _____	
Provenienza del paziente: ☐ Territorio ☐ Altro Reparto ☐ Sala Operatoria	
NOTE: _____	

☐ Altro Reparto (specificare): _____	
☐ Attesa di intervento	☐ Post-intervento ☐ Non chirurgico
NOTE: _____	

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

☐ Trasporto	
☐ Primario	☐ Su AutoAmbulanza
☐ Secondario	☐ Su EliAmbulanza
☐ Altro (specificare): _____	
NOTE: _____	

☐ Altro (specificare): _____
NOTE: _____

Breve descrizione dell'accaduto:

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

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 SIMPE- 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 SIMPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE

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. Copia del documento Privacy Aon firmato e sottoscritto
3. In caso di copertura integrativa: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
4. In caso di copertura base: copia di dichiarazione dell'Associazione attestante l'iscrizione all'Associazione, il periodo di iscrizione e la data di pagamento della quota associativa per tale periodo
5. 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;
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 della vicenda
8. 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
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
11. 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 _____