

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC 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 15 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
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.

AON

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AAROI – EMAC 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 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. AAROI.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AARO – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

1) DATI DELL'ASSICURATO

Cognome			
Nome			
Codice fiscale/Partita IVA			
Indirizzo		N. civico	
Comune		CAP	Provincia
Cellulare		FAX	
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 (direttore dipartimento, direttore U.O.C., direttore U.O.S.D., direttore U.O.S., dirigente di I livello, collaboratore libero professionale): _____

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA DOVE LAVORA ATTUALMENTE:

NB: In caso di cessazione dell'attività, specificarne data e motivo (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso):

Data: _____ Motivo: _____

REGIME LAVORATIVO:

1) Dipendente di struttura pubblica: **specificare se:**

- ☐ Ruolo ospedaliero
- ☐ Ruolo universitario
- ☐ Specialista ambulatoriale
- ☐ Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- ☐ Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- ☐ Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3)

2) Dipendente di struttura privata: **specificare se:**

- ☐ Ruolo ospedaliero
- ☐ Ruolo universitario
- ☐ Specialista ambulatoriale
- ☐ Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- ☐ Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- ☐ extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3)
- ☐ Struttura convenzionata (A2)
- ☐ Struttura non convenzionata (B2)

3) Libero professionista (B1)

4) Specializzando (D)

5) ACN SUMAI (specialista ambulatoriale). **Specificare se:**

- ☐ intramoenia (C1)
- ☐ extramoenia (C2)

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AARO – EMAC POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE

1B) ATTIVITA' PROFESSIONALE – AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO
(da compilare solo se diverso da quanto sopra)

RUOLO (direttore dipartimento, direttore U.O.C., direttore U.O.S.D., direttore U.O.S., dirigente di I livello, collaboratore libero professionale): _____

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO:

REGIME LAVORATIVO:

1) Dipendente di struttura pubblica: **specificare se:**

- ☐ Ruolo ospedaliero
- ☐ Ruolo universitario
- ☐ Specialista ambulatoriale
- ☐ Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- ☐ Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- ☐ Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3)

2) Dipendente di struttura privata: **specificare se:**

- ☐ Ruolo ospedaliero
- ☐ Ruolo universitario
- ☐ Specialista ambulatoriale
- ☐ Altro _____

Chiediamo inoltre di indicare se:

- ☐ Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- ☐ extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3)
- ☐ Struttura convenzionata (A2)
- ☐ Struttura non convenzionata (B2)

3) Libero professionista (B1)

4) Specializzando (D)

5) ACN SUMAI (specialista ambulatoriale). **Specificare se:**

- ☐ intramoenia (C1)
- ☐ extramoenia (C2)

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

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE AAROI - EMAC

Iscrizione a AAROI - EMAC

☐ sì

☐ no

Polizze stipulate tramite AAROI - EMAC 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
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome	
Nome	
Codice Fiscale	

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
- ☐ invito a dedurre da parte della Corte dei Conti

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AARO – EMAC 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
☐ Policlinico ambulatoriale
☐ 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 |
| ☐ attività medico di famiglia | |
| ☐ visita preoperatoria | |

Conseguenze del fatto contestato

- | | |
|---|---|
| ☐ lesione neurologica periferica | ☐ lesione neurologica sistema nervoso centrale |
| ☐ 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 AAROI – EMAC 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

☐ recovery-room

Tipo di intervento (Ch. Generale, Ch. Ginecologica, Ch. Urologica, ecc.): _____

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 AARO – EMAC 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 AAROI- EMAC 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 AAROI- 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 AAROI - 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. In caso di copertura integrativa: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
3. 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
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 _____

AON