

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

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 all'indirizzo pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it

Nel caso non si disponga di pec, è possibile trasmettere la documentazione all'indirizzo: denunce.rcmedica@aon.it

Aon S.p.A.
Claims Division - Professional Services
Via Calindri 6 – 20143 Milano (MI)

Per qualsiasi informazione relativa ai sinistri, siamo a Vs. completa disposizione al numero:
+39 02/87232.368.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

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. SIOT.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

1) DATI DELL'ASSICURATO

Cognome		Data di nascita	
Nome			
Luogo di Nascita		P. IVA(*)	
Codice fiscale		N.	
Residente in		CAP	Provincia
Comune			
Cellulare			
Indirizzo email			
Indirizzo PEC			

(*) Se titolare di P. IVA

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti il sinistro saranno inviate agli indirizzi sopra indicati

1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE – NEL MOMENTO DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA

QUALIFICA (es. Direttore, Dirigente I-II livello, Medico resp., aiuto, consulente etc) : _____

REGIME LAVORATIVO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico | <input type="checkbox"/> ruolo ospedaliero | <input type="checkbox"/> Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1) |
| | <input type="checkbox"/> ruolo universitario | <input type="checkbox"/> extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3) |
| | <input type="checkbox"/> specialista ambulatoriale | |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dipendente Privato | <input type="checkbox"/> struttura privata | <input type="checkbox"/> Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1) |
| | <input type="checkbox"/> ente religioso | <input type="checkbox"/> Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3) |
| | | <input type="checkbox"/> convenzionata (A2) |
| | | <input type="checkbox"/> non convenzionata (B2) |
| | <input type="checkbox"/> altro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Libero professionista (B1) | | |

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA AL MOMENTO DELLA PRIMA RICHIESTA

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

Data: _____ Motivo: _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

**1B) ATTIVITA' PROFESSIONALE – NEL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO
(da compilare solo se diverso da quanto indicato al punto 1A)**

QUALIFICA (es. Direttore, Dirigente I-II livello, Medico resp., aiuto, consulente etc) : _____

REGIME LAVORATIVO

- Dipendente Pubblico ruolo ospedaliero Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
 ruolo universitario extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3)
 specialista ambulatoriale
 altro _____
- Dipendente Privato struttura privata Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
 ente religioso Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3)
 convenzionata (A2)
 non convenzionata (B2)
 altro _____
- Libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA/AMBUL. DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

1C) DATI ULTERIORI

IL FATTO CONTESTATO SI È VERIFICATO A SEGUITO Di:

- Ricovero Prestaz. Ambul.
 Elezione Urgenza altro _____

TIPOLOGIA FATTO CONTESTATO (barrare anche più di un campo):

- diagnostico chirurgico terapeutico di comunicazione assistenziale infezione
 altro _____
-

SE TRATTASI DI AMBITO CHIRURGICO IL RUOLO DELL'ASSICURATO ERA DI:

- primo operatore aiuto operatore altro _____

IL DISTRETTO INTERESSATO (barrare anche più di un campo):

- spalla-braccio avambraccio-mano anca-coscia ginocchio gamba-piede bacino rachide
 altro _____
-

Anche la struttura è stata coinvolta nel fatto contestato ? : SI NO

N. interventi effettuati nell'anno precedente il presente sinistro (01/01 -31/12)

- 0 – 10 10 – 50 51 – 100 > 100 > 200 > 300 > 500

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

1D) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE SIOT

Iscrizione a SIOT sì no

POLIZZE STIPULATE TRAMITE SIOT ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA

PER DIPENDENTE

RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE -- POLIZZA BASE

Allegare: *Conferma messa in copertura
*Documento attestante il pagamento della quota associativa

CONDANNA IN SOLIDO -- POLIZZA INTEGRATIVA AD ADESIONE

Allegare: *Modulo di adesione
*Certificato di assicurazione

DIRIGENTE RESPONSABILE REPARTO/UNITA' SSN -- POLIZZA INTEGRATIVA AD ADESIONE

Allegare: *Modulo di adesione
*Certificato di assicurazione

PER LIBERO PROFESSIONISTA/DIP. EXTRAMOENIA

RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE -- POLIZZA BASE

Allegare: *Conferma messa in copertura
*Documento attestante il pagamento della quota associativa

CONDANNA IN SOLIDO -- POLIZZA INTEGRATIVA AD ADESIONE

Allegare: *Modulo di adesione
*Certificato di assicurazione

MEDICO LIBERO PROF./EXTRAMOENIA -- POLIZZA INTEGRATIVA AD ADESIONE

Allegare: *Modulo di adesione
*Certificato di assicurazione

PER SPECIALIZZANDO

MEDICO SPECIALIZZANDO -- POLIZZA INTEGRATIVA AD ADESIONE

Allegare: *Modulo di adesione
*Certificato di assicurazione

**1E) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO
PER LO STESSO RISCHIO (incluse eventuali polizze di Tutela Legale)**

Tipo polizza	Numero polizza	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale	Data denuncia presente sinistro
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO (se conosciuti)

Cognome	:		
Nome	:		
Data di nascita	:	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Professione

2B) INQUADRAMENTO DEL RAPPORTO GIURIDICO INSORTO CON IL DANNEGGIATO

(AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO)

- Rapporto diretto con il paziente: Allegare fattura (se esistente ed in possesso) comprovante l'erogazione della visita/prestazione erogata da parte del professionista nell'ambito della propria attività libero professionale

- Rapporto indiretto (in quanto il contratto di prestazione è insorto esclusivamente tra il (presunto) danneggiato e la struttura ove è avvenuto il fatto): Allegare documentazione (se esistente ed in possesso) comprovante che la visita/prestazione è stata erogata dal professionista per conto dell'Ente/Struttura dalla quale dipende o per la quale esplica attività di collaborazione

2C) FATTO CONTESTATO

Si rammenta di allegare Relazione circostanziata come previsto al punto 5) 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:

- comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni Corporali o Materiali e/o Perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito per le conseguenze di tali Danni;
- citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
- inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;
- ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione;
- comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora e manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- relazione richiesta al professionista da parte della Struttura Sanitaria in merito ad un evento;
- comunicazione da parte delle Strutture sanitarie e sociosanitarie e/o dei loro Assicuratori di instaurazione di giudizio promosso nei loro confronti da parte di terzo danneggiato o di avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della L. 24/2017 (legge Gelli);
- altro (specificare) _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

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 stipulata dalla Struttura a manleva del personale operante (se conosciute):

Compagnia: _____ N. polizza: _____
Decorrenza: _____ Scadenza: _____

Copertura assicurativa stipulata dalla Struttura per la Tutela Legale del personale operante:

Compagnia: _____ N. polizza: _____
Decorrenza: _____ Scadenza: _____

ALLEGARE (se conosciute) condizioni di polizza e copia della denuncia di sinistro della Struttura al proprio Assicuratore

4) PROFESSIONISTI INCARICATI

LEGALE

- DESIGNATO DALLA STRUTTURA DESIGNATO DALL'ASSICURATO

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio			N. civico
Comune	CAP	Provincia	
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare	FAX		

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)

- DESIGNATO DALLA STRUTTURA DESIGNATO DALL'ASSICURATO

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, significhiamo sin da ora che, per quel che riguarda la polizza di RC, la Compagnia non riconosce in nessun caso le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOT - POLIZZE RC PROFESSIONALE E COLPA GRAVE**

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 firmato e sottoscritto
2. Per la polizza base, si prega di allegare: Conferma messa in copertura, documento attestante il pagamento della quota associativa
3. Per la polizza integrativa ad adesione, si prega di allegare: Modulo di adesione, certificato di assicurazione
4. Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori e/o stipulate dalla Struttura dove è avvenuto il fatto contestato nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata se disponibili
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 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 (se disponibile)
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;*
- *L'Assicurato dichiara di essere consapevole che le informazioni contenute nel presente modulo e raccolte nell'ambito della "Convenzione SIOT Polizze RC Professionale e Colpa Grave", saranno trasmesse a persona designata da S.I.O.T. alla protezione dei dati personali, per finalità scientifiche, di valutazione giuridica e medico-legale e di rischio clinico.*
- *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 _____