

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

Gentile Assicurato,

Premesso che si intendono espressamente richiamati gli articoli di polizza relativi alla Definizione di Sinistro, Obblighi in caso di Sinistro e Oggetto dell'Assicurazione, il presente Modulo ha la scopo di supportarLa negli adempimenti utili a poter correttamente beneficiare della tutela garantita dalle polizze da Lei sottoscritte.

In caso di denuncia di sinistro, La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 5) entro 7 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti indirizzi:

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

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

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

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

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

---

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

**1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE SIP**

Iscrizione a SIP  sì  no

Polizze stipulate tramite SIP 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 → Allegare: \* Modulo di adesione  
\* Certificato assicurativo

TUTELA LEGALE → Allegare: \* Modulo di adesione  
\* Certificato assicurativo

**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 SIP - 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 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:

- 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
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
CONVENZIONE SIP - 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 \_\_\_\_\_

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

**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. Copia del documento Privacy Aon firmato e sottoscritto
3. Per la polizza di Responsabilità Civile: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
4. Per la polizza di Tutela Legale: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
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 \_\_\_\_\_