MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ASMOOI - 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 la 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
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 ASMOOI - 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. ASMOOI.**

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

1) DATI DELL'ASSICURATO

PERSONA FISICA - Cognome e Nome	
Data di nascita	Codice fiscale
CENTRO OFTAMOLOGICO - Ragione Sociale	
Codice fiscale/Partita IVA	
Cellulare	
Indirizzo email	

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti il sinistro saranno inviate all'indirizzo email sopra indicato
In caso siano assicurate sia il professionista persona fisica che il Centro Oftamologico, entrambe le sezioni PERSONA FISICA e CENTRO OFTAMOLOGICO sono da compilare.

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)

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)

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO
_____

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

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE ASMOOI

Iscrizione a ASMOOI ☐ sì ☐ no

Polizze stipulate tramite ASMOOI 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 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	

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

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			

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.**

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. In caso di copertura del Centro Oftamologico: visura camerale
6. 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
7. 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
8. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
9. 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
10. 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
11. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
12. 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 _____