

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

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 dalla polizza da Lei sottoscritta.

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** 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.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

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. ENPAPI.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

1) DATI DELL'ASSICURATO

Cognome			
Nome			
Codice fiscale/Partita IVA		Data di nascita	
Indirizzo	N. civico		
Comune	CAP	Provincia	
Cellulare			
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 (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 ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

**1C) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO
PER LO STESSO RISCHIO**

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

Nella tabella sottostante inserire le polizze RC Professionali e/o Colpa grave stipulate precedentemente all'ingresso nella Convenzione ENPAPI

NUMERO POLIZZA	BROKER (SE PREVISTO)	COMPAGNIA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	
			/ /	/ /	

**N.B. qualora lo spazio per le risposte sia insufficiente, si invita ad utilizzare separato documento da allegare.
Tali risposte sono di primaria importanza per gli Assicuratori.**



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

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
- Altro (specificare): _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

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 ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

4A) EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL'ASSICURATO

La scelta dei professionisti è di esclusiva competenza della Compagnia che non riconosce spese per legali e/o tecnici che non siano dalla stessa accettati o designati.

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	

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI – POLIZZA RC PROFESSIONALE**

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 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;
3. 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;
4. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
5. 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;
6. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE ENPAPI - POLIZZA RC PROFESSIONALE**

6) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- *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, nominare legali e/o tecnici 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 cognome

firma