

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

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:

[denunce.rcsanitaria@aon.it](mailto:denunce.rcsanitaria@aon.it)

In caso non si disponga di email, è possibile inviare un fax al n. +39 02/45463.413 oppure una raccomandata A/R all'indirizzo:

Aon S.p.A. – C.A. dr.ssa Chiara Tagliabue  
Claims Division - Professional Services  
Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano (MI)

Per qualsiasi informazione relativa ai sinistri, siamo a Vs. completa disposizione al numero: +39 02/87232.368, che effettua il seguente orario di ricevimento telefonico:

- dal lunedì al venerdì:
- dalle h. 8.30 alle h. 12.30 e dalle h. 13.30 alle h. 17.30

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP  
SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**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.**



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**1C) ATTIVITA' PROFESSIONALE – AL MOMENTO DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA**

RUOLO

---

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: \_\_\_\_\_

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

RUOLO

---

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

---

RAL AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO: \_\_\_\_\_

**1E) ALTRE ASSICURAZIONI PERSONALI 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  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO**

**2A) DATI DEL DANNEGGIATO**

Cognome e Nome/Ragione Sociale	
Indirizzo	
Recapito telefonico/cellulare	
Nome del legale del danneggiato (se incaricato)	
Studio del legale e recapito telefonico	

**2B) FATTO CONTESTATO**

- decesso       lesioni       danni a cose       danni patrimoniali

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 cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazione ex. art. 13 L. 24/2017;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
- ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza richiede una relazione tecnico-sanitaria.





**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**3) STRUTTURA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO**

indicare luogo esatto dove è accaduto il fatto (se possibile) \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI STRUTTURA**

- Azienda Ospedaliera  Struttura privata convenzionata SSN  
 Struttura privata NON convenzionata SSN.  Ambulatorio medico  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Denominazione struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo struttura \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONI AGGIUNTIVE DELLA STRUTTURA**

Dimensioni (posti letto)  nessuno  < 100  100-500  > 500

Numero dipendenti : \_\_\_\_\_

Eventuale copertura assicurativa struttura (se conosciuta) \_\_\_\_\_

**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  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP  
SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**4A) EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL'ASSICURATO**

**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 che potrebbe pertanto non riconoscere le spese sostenute dall'Assicurato.**

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE A – COMPILAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA**

1. Copia del presente modulo (SEZIONE A – valido per tutte le Professioni Sanitarie) per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
2. Copia del documento Privacy Aon firmato e sottoscritto
3. Copia del pagamento della quota di iscrizione all’Albo
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. 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
7. 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
8. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
9. Altro (specificare)

---

---

---

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO  
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

**SEZIONE A – COMPLAZIONE OBBLIGATORIA PER TUTTI I PROFILI PROFESSIONALI**

**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 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

Con riferimento ai rapporti professionali intercorrenti con il cliente e con riferimento ai rapporti assicurativi stipulati o stipulandi tramite l'intermediazione di Aon S.p.A. nonché ai sinistri che sono o saranno gestiti tramite Aon, si precisa che:

Aon S.p.A. adempie ai suoi obblighi nel rispetto dei principi generali di cooperazione, correttezza e buona fede vigenti nell'ordinamento legislativo italiano ed in particolare uniforma i suoi comportamenti alle regole ed alla normale diligenza proprie della sua professionalità. In caso di sua inadempienza agli obblighi assunti Aon risponderà dei danni causati nei termini e limiti di seguito indicati:

a) Aon S.p.A. risponderà, secondo legge, senza limiti di valore per i danni causati quale conseguenza immediata e diretta di inadempienza imputabile a colpa grave o dolo;

b) Nel caso in cui l'inadempienza di Aon sia imputabile a colpa lieve, la stessa risponderà esclusivamente:

b.1) dei danni emergenti fino ad un valore massimo di euro 2.000.000,00 (duemilioni), importo che in tal caso si intende accettato come limite massimo di responsabilità civile valevole per ognuno e comunque globalmente per tutti gli addebiti azionabili; e

b.2) a condizione che il reclamo venga inviato a mezzo raccomandata a.r., a pena di decadenza, entro e non oltre un anno dalla data in cui si è avuta (o si sarebbe dovuto avere) conoscenza dell'inadempimento

Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare la limitazione di responsabilità per colpa lieve del broker e la decadenza dall'azione di responsabilità di cui sopra.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

nome cognome

\_\_\_\_\_

firma

Il sottoscritto dichiara di aver attentamente valutato e di approvare espressamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 e 1342 c.c., le disposizioni di cui sopra in merito alla Limitazione della responsabilità civile professionale del broker e decadenza dall'azione di responsabilità.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

nome cognome

\_\_\_\_\_

firma