

**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 ad uno dei seguenti indirizzi:

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

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

**Tel:** +39 02/87232.368

**Aon S.p.A.- Claims Division - Professional Services**

**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**

**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) COPERTURA ASSICURATIVA – ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA**

RC PROFESSIONALE

Allegare: pagamento quota iscrizione Albo

**1B) ALBO DI APPARTENENZA**

- Albo della professione sanitaria di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Albo della professione sanitaria di Assistente Sanitario
- Albo della professione sanitaria di Tecnico Sanitario di laboratorio biomedico
- Albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista
- Albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista
- Albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico
- Albo della professione sanitaria di Dietista
- Albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia
- Albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Albo della professione sanitaria di Igienista dentale
- Albo della professione sanitaria di Fisioterapista
- Albo della professione sanitaria di Logopedista
- Albo della professione sanitaria di Podologo
- Albo della professione sanitaria di Ortottista e assistente di oftalmologia
- Albo della professione sanitaria di Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Albo della professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Albo della professione sanitaria di Terapista occupazionale
- Albo della professione sanitaria di Educatore professionale
- Albo della professione sanitaria di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

**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 - ALLA DATA 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

---

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata?    sì    no

In caso di cessazione dell'attività, specificare:

Data: \_\_\_\_\_ Motivo: (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso) \_\_\_\_\_

**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 COPERTURE 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  
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) DATA DEL FATTO CONTESTATO**

- decesso       lesioni       danni a cose       danni patrimoniali

**Data dell'evento (atto/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 È 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 e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare			FAX		

**CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALLA STRUTTURA**

Cognome e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
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 e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
Indirizzo email					
Telefono/Cellulare			FAX		

**CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)**

Cognome e Nome/Studio					
Indirizzo studio					
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**

**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 pagamento della quota di iscrizione all'Albo
  3. 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
  4. 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
  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 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
  7. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
  8. Altro (specificare)
-

**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**

**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 e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_