

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE 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 lo 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 10 giorni preferibilmente a mezzo e-mail ad uno dei seguenti indirizzi:

@mail: lorenzo.dacosto@aon.it

@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it

Tel: +39 02/87232.368

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

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 AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE 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.

È 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. AICPE.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

SEZIONE A: DATI ANAGRAFICI

1) DATI DELL'ASSICURATO

Cognome			
Nome			
Codice fiscale/Partita IVA		Data di nascita	
Indirizzo		N. civico	
Comune	CAP		Provincia
Cellulare			
Indirizzo e-mail			
Eventuale indirizzo PEC			

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti al sinistro saranno inviate all'indirizzo e-mail sopra indicato

2) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome		
Nome		
Data di nascita		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

2a) INQUADRAMENTO DEL RAPPORTO GIURIDICO INSORTO CON IL DANNEGGIATO

(AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO)

- Rapporto diretto contrattuale: Allegare fattura comprovante la prestazione erogata in proprio
- Rapporto indiretto, in quanto il contratto di prestazione è insorto esclusivamente tra il danneggiato e la Struttura ove avvenuto il fatto: Allegare copia dell'accordo di collaborazione intercorso con la struttura al momento dell'evento

3) STRUTTURA DOVE È AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

- Azienda Ospedaliera
- Struttura privata NON convenzionata SSN
- Struttura privata convenzionata SSN
- Ambulatorio medico
- Altro (specificare) _____

Denominazione Struttura _____

Indirizzo struttura _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

3a) COPERTURA ASSICURATIVA STIPULATA DALLA STRUTTURA A MANLEVA DEL PERSONALE OPERANTE (SE CONOSCIUTA)

Compagnia: _____ N. polizza: _____
Decorrenza: _____ Scadenza: _____

3b) COPERTURA ASSICURATIVA STIPULATA DALLA STRUTTURA PER LA TUTELA LEGALE DEL PERSONALE OPERANTE (SE CONOSCIUTA)

Compagnia: _____ N. polizza: _____
Decorrenza: _____ Scadenza: _____

**N.B. ALLEGARE (se conosciute) condizioni di polizza e copia della denuncia di sinistro della
Struttura al proprio Assicuratore**

4) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE AICPE

Iscrizione a AICPE: SI NO

Polizze stipulate tramite AICPE 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 E COLPA GRAVE Allegare: *Conferma messa in copertura
*Documento attestante il pagamento della
quota associativa
- POLIZZA TUTELA LEGALE Allegare: *Modulo di adesione
*Certificato di assicurazione

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

4a) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO PER LO STESSO RISCHIO

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

4b) EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL'ASSICURATO
(per polizza di Tutela Legale)

LEGALE DI FIDUCIA

DESIGNATO DALLA STRUTTURA DESIGNATO DALL'ASSICURATO

<input type="checkbox"/> DESIGNATO DALLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> DESIGNATO DALL'ASSICURATO
Cognome e nome	
Indirizzo e-mail	
Telefono/Cellulare	

CONSULENTE TECNICO DI PARTE

DESIGNATO DALLA STRUTTURA DESIGNATO DALL'ASSICURATO

<input type="checkbox"/> DESIGNATO DALLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> DESIGNATO DALL'ASSICURATO
Cognome e nome	
Indirizzo e-mail	
Telefono/Cellulare	

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 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 AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

5) PROFESSIONISTI INCARICATI

(per Polizza Colpa Grave e Rc Professionale)

NB: per quanto riguarda la polizza di RC Professionale, la Compagnia non riconosce in nessun caso le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non sono da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

LEGALE DI FIDUCIA

DESIGNATO DALLA STRUTTURA

DESIGNATO DALL'ASSICURATO

Cognome e nome	
Indirizzo e-mail	
Telefono/Cellulare	

CONSULENTE TECNICO DI PARTE

DESIGNATO DALLA STRUTTURA

DESIGNATO DALL'ASSICURATO

<input type="checkbox"/> DESIGNATO DALLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> DESIGNATO DALL'ASSICURATO
Cognome e nome	
Indirizzo e-mail	
Telefono/Cellulare	

6) 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) Per la polizza di RC Professionale e Colpa Grave (polizza base), si prega di allegare: Conferma messa in copertura, documento attestante il pagamento della quota associativa; domanda/rinnovo iscrizione AICPE
- 3) Per la polizza di RC Professionale integrativa (polizza ad adesione), si prega di allegare: Modulo di adesione, certificato di assicurazione, domanda/rinnovo iscrizione AICPE
- 4) Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori e/o stipulate dalla Struttura dove è avvenuto il fatto contestato 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) Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
- 7) Copia della comunicazione con cui l'Assicurato ha provveduto a informare dei fatti la Struttura 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
- 8) 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
- 9) 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 AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

7) 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 _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

SEZIONE B: DATI IDENTIFICATIVI DEL SINISTRO

1) ATTIVITÀ PROFESSIONALE – NEL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO

RUOLO: _____
(ad esempio: primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.)

REGIME LAVORATIVO: _____
(al momento del fatto contestato)

1) Dipendente di struttura pubblica: **specificare se:**

- Ruolo ospedaliero
- Ruolo universitario
- Specialista ambulatoriale
- Altro

Chiediamo inoltre di indicare se:

- Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- Extramoenia - effettua attività libero-professionale (B3)

2) Dipendente di struttura privata: **specificare se:**

- Ruolo ospedaliero
- Ruolo universitario
- Specialista ambulatoriale
- Altro

Chiediamo inoltre di indicare se:

- Intramoenia - non effettua attività libero-professionale (A1)
- extramoenia- effettua attività libero-professionale (B3)
- Struttura convenzionata (A2)
- Struttura non convenzionata (B2)

3) Libero professionista (B1)

4) Specializzando (D)

NB: In caso di cessazione dell'attività, specificarne data e motivo (ad es.: libera volontà, pensionamento, invalidità, decesso): _____

Data: _____ Motivo: _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

2) FATTO CONTESTATO

TIPOLOGIA FATTO CONTESTATO:

diagnostico chirurgico terapeutico di comunicazione assistenziale infezione

altro _____

• 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 _____ delle pretese risarcitorie del danneggiato.

Indicare di seguito la **comunicazione/contestazione** ricevuta:

- la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni Corporali o Materiali e/o Perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito per le conseguenze di tali Danni;
- la citazione o la 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;
- il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione;
- la Comunicazione Formale con cui la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora e manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- relazione richiesta al professionista da parte della Struttura Sanitaria in merito ad un evento;
- comunicazione da parte delle Strutture sanitarie e sociosanitarie e/o dei loro Assicuratori di instaurazione di giudizio promosso nei loro confronti da parte di terzo danneggiato o di avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della L. 24/2017 (legge Gelli);
- altro (specificare) _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

3) ANALISI DEL FATTO CONTESTATO

1. Qual è stata la localizzazione anatomica dell'intervento?

- Viso
- Naso
- Seno
- Addome
- Dorso
- Glutei
- Cosce
- Braccia
- Altro (specificare): _____

2. Qual è stato il tipo di intervento chirurgico?

- Rinoplastica
- Blefaroplastica
- Lifting cervico-facciale
- Lifting del labbro
- Otoplastica
- Mastoplastica additiva
- Mastopessi
- Mastoplastica riduttiva
- Ricostruzione mammaria
- Lipofilling seno
- Liposuzione
- Addominoplastica
- Gluteoplastica
- Lifting cosce
- Lifting braccia
- Altro (specificare): _____

3. L'intervento è stato singolo o combinato?

- Singolo
- Combinato (specificare quali interventi): _____

4. L'intervento è di tipo:

- Primario
- Secondario

5. In caso di intervento secondario, l'intervento primario dove era stato eseguito?

- In Italia
- All'estero

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE AICPE - POLIZZE RC PROFESSIONALE, COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

6. Qual è il tipo di contestazione?

- Insoddisfazione estetica
- Complicanza medica
- Entrambi

7. Qual è stata la tipologia di complicanza?

- Infezione
- Ematoma
- Sieroma
- Cicatrici anomale
- Necrosi tissutale
- Asimmetria
- Complicanze respiratorie
- Reazione avversa all'anestesia
- Altro (specificare): _____

8. Il paziente aveva condizioni preesistenti o comorbidità note che potrebbero aver influenzato l'esito dell'intervento?

- Sì (specificare): _____
- No

9. Sono state sottoscritte polizze assicurative aggiuntive per la copertura da eventuali complicanze?

- Sì
- No

10. Il paziente ha richiesto o eseguito un successivo intervento per correggere o migliorare i risultati del primo?

- Sì
- No

Data ____/____/____

Nome e Cognome _____

Firma _____