

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

Gentile Assicurato,

La invitiamo a voler compilare e trasmettere il presente modulo 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, gli uffici Aon sono 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

**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/negoiazione, ecc.), Le significhiamo che gli stessi devono essere trasmessi nell'immediatezza e con la massima sollecitudine, onde:**
  - consentire all'Assicuratore di potersi esprimere per tempo rispetto alla data di prima udienza;
  - evitare che eventuali Sue tardive comunicazioni possano arrecarLe pregiudizio.
- **AON non è una Compagnia di Assicurazione, e pertanto non risulta essere soggetto legittimato passivo, poiché AON svolge esclusivamente l'attività di intermediario assicurativo della Spett. PROMESA.**



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

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

RUOLO (ad es. : infermiere professionale, coordinatore infermieristico, assistente sanitario, vigilatrice d'infanzia, operatore socio-sanitario, ecc.)

---

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

Data: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

**REGIME**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> dipendente del SSN              | <input type="checkbox"/> intramoenia   | <input type="checkbox"/> extramoenia       |
| <input type="checkbox"/> dipendente di struttura privata | <input type="checkbox"/> convenzionata | <input type="checkbox"/> non convenzionata |
| <input type="checkbox"/> libero professionista           |  |  |

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

RUOLO (ad es. : infermiere professionale, coordinatore infermieristico, assistente sanitario, vigilatrice d'infanzia, operatore socio-sanitario, ecc.)

---

**REGIME**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> dipendente del SSN              | <input type="checkbox"/> intramoenia   | <input type="checkbox"/> extramoenia       |
| <input type="checkbox"/> dipendente di struttura privata | <input type="checkbox"/> convenzionata | <input type="checkbox"/> non convenzionata |
| <input type="checkbox"/> libero professionista           |  |  |

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

**1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE PROMESA**

Iscrizione a PROMESA  sì  no

Polizze stipulate tramite PROMESA alla data della prima richiesta/denuncia:  
(barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare):

RC PROFESSIONALE

TUTELA LEGALE

Si rammenta di allegare copia dei certificati assicurativi e dei documenti che attestano il pagamento del premio

**1D) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO**

Tipo polizza	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

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

**2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO**

**2A) DANNEGGIATO**

Cognome

Nome

**2B) FATTO CONTESTATO**

- decesso                       lesioni                       danni a cose
  
- Data del fatto contestato: \_\_\_\_\_
  
- 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
- 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
- altro (specificare) \_\_\_\_\_



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

**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 \_\_\_\_\_

***3A) PROFESSIONISTI INCARICATI DALLA STRUTTURA***

**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 PROMESA - POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE**

**3B) 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:***

- non è garantito che gli Assicuratori ratifichino i professionisti incaricati dall'Assicurato,***
- tale incarico è comunque soggetto a quanto previsto nel dettato di polizza.***





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

**5) DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DENUNCIA**

1. Copia integrale del 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. Copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
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 (richiesta di risarcimento, mediazione, atto di citazione, ATP, avviso di garanzia, e/o di qualsiasi atto di messa in mora)
6. Relazione 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 Ospedaliera (se il fatto contestato è avvenuto in regime di dipendente SSN o assimilabile)
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
10. Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

**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 uniforme 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

