

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

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 la 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 3 giorni preferibilmente a mezzo email al seguente indirizzo:

@mail: sinistri.fials@aon.it

Tel: +39 02/87232.368

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

Alla c. a. di Giovanna Brasino

+39 011 576 2406

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 FIALS - POLIZZE RC 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.
- E' **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 arrecare 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. FIALS.

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

1) DATI DELL'ASSICURATO

Cognome			
Nome			
Codice fiscale/Partita IVA			
Indirizzo			N. civico
Comune	CAP	Provincia	
Cellulare	FAX		
Indirizzo email			
Eventuale indirizzo PEC			

N.B.: Tutte le comunicazioni inerenti il sinistro saranno inviate all'indirizzo email sopra indicato

1A) ATTIVITA' PROFESSIONALE - ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA

RUOLO _____ (ad esempio: direttore, responsabile, assistente, aiuto, infermieri, ecc.) _____

REGIME

- dipendente del SSN intramoenia (A1) extramoenia (B3)
 dipendente di struttura privata convenzionata (A2) non convenzionata (B2)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA / ENTE 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) _____

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

RUOLO (ad esempio: direttore, responsabile, assistente, aiuto, ecc): _____

REGIME

- dipendente del SSN intramoenia (A1) extramoenia (B3)
 dipendente di struttura privata convenzionata (A2) non convenzionata (B2)

DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA / ENTE DOVE E' AVVENUTO IL FATTO



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

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE FIALS

Iscrizione a FIALS

sì

no

Polizze stipulate tramite FIALS alla data della prima richiesta/denuncia

(barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare e allegare i documenti richiesti):

RC PROFESSIONALE

Allegare:

COPIA DELLA BUSTA PAGA DA CUI RISULTI LA
TRATTENUTA RELATIVA AL PAGAMENTO DELLA
QUOTA ASSOCIATIVA

TUTELA LEGALE



1D) 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
CONVENZIONE FIALS - POLIZZE RC COLPA GRAVE E TUTELA LEGALE**

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome

Nome

2B) FATTO CONTESTATO

Si rammenta di allegare Relazione circostanziata come previsto al punto 5) del Modulo

- decesso lesioni danni a cose

- Data del fatto contestato: _____

Come meglio specificato nelle condizioni di polizza (alle quali si rimanda per eventuali approfondimenti), l'Assicurato ha ricevuto in data _____ uno degli atti di seguito indicati:

- 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 / Ente
- invito a dedurre da parte della Corte dei Conti

Si ricorda che non costituisce Sinistro e, quindi, non deve essere denunciata la mera comunicazione inviata all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria e/o Sociosanitaria Pubblica o Privata o dall'impresa di assicurazione ai sensi dell'art. 13 della Legge 24/2017.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE FIALS - POLIZZE RC COLPA GRAVE 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 _____

Copertura assicurativa struttura _____

4) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ENTE DI APPARTENENZA

LEGALE DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio	N. civico		
Comune	CAP	Provincia	
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare	FAX		

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP) DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

Cognome			
Nome			
Indirizzo studio	N. civico		
Comune	CAP	Provincia	
Indirizzo email			
Telefono/Cellulare	FAX		

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

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 Colpa Grave, gli Assicuratori non riconoscono spese sostenute dall'Assicurato per legali, periti, consulenti o tecnici che non siano da essi designati;
- 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.

5) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

- Copia del presente modulo per la raccolta di informazioni necessarie alla denuncia di sinistro debitamente compilato e sottoscritto
- Copia della busta paga dell'Assicurato da cui risulti la trattenuta relativa al pagamento della quota associativa
- Copia di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità Civile e/o Colpa Grave e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
- 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
- Copia completa dell'eventuale corrispondenza pregressa relativa al caso di specie
- Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
- Copia della comunicazione con cui l'Assicurato ha provveduto a informare dei fatti la Struttura Ospedaliera / Ente di appartenenza 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
- 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
- Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
- Altro (specificare) _____

6) 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 _____