MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOECHCF - POLIZZE RC PROFESSIONALE 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 sinistro, La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 6) entro 10 giorni preferibilmente a mezzo email all'indirizzo:

denunce.rcmedica@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

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 <u>esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine</u>, 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. SIOeChCF.**

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
CONVENZIONE SIOECHCF - 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. : primario, primo operatore, aiuto operatore, ecc.)
_____

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: _____

1B) ATTIVITA' PROFESSIONALE – AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO

(da compilare solo se diverso da quanto sopra)

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

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
_____

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

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE SIOeChCF

Iscrizione a SIOeChCF ☐ sì ☐ no

Polizze stipulate tramite SIOeChCF 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 AMTRUST ➡ Allegare:
* Modulo di adesione
* Certificato assicurativo

☐ TUTELA LEGALE UCA ➡ Allegare:
* Conferma iscrizione a Associazione
* Modulo di adesione
* Certificato assicurativo

1D) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO PER LO STESSO RISCHIO

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

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome	
Nome	

2B) FATTO CONTESTATO

Si rammenta di allegare Relazione circostanziata come previsto al punto 6) del Modulo

- ☐ 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 _____ 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 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 ospedaliera
- ☐ invito a dedurre da parte della Corte dei Conti

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 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			

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, la scelta dei professionisti è di esclusiva competenza della Compagnia;**
- **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 <u>un</u> legale e <u>un</u> 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 SIOECHCF - POLIZZE RC PROFESSIONALE E TUTELA LEGALE

5) DOCUMENTO PRIVACY

Gentile Cliente, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano e di cui Aon S.p.A., in qualità di Titolare del Trattamento, è entrato o entrerà in possesso, a seguito dell'incarico di brokeraggio assicurativo o riassicurativo, La informiamo di quanto segue:

1. ***FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI:*** *Il trattamento: **A.** è diretto all'espletamento da parte di Aon S.p.A. (di seguito denominata AON) delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dell'incarico nonché delle attività ad esso connesse e liquidazione dei sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività di brokeraggio assicurativo e riassicurativo, ivi eventualmente comprese le attività di tutela legale a favore degli assicurati per i prodotti assicurativi che prevedono esplicitamente tale tipo di servizio; **B.** può anche essere diretto all'espletamento da parte di Aon delle finalità di informazione e promozione commerciale, indagini di mercato e scopi statistici o di ricerca. Inoltre, Aon potrebbe utilizzare i dati ai fini dell'analisi dei sinistri in seno ad un Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) per finalità di ricerca e valutazione delle cause ricorrenti dei sinistri stessi.*
2. ***MODALITÀ DEL TRATTAMENTO****: Il trattamento: è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1 lett. a) del D.Lgs.196/03: raccolta; registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione; selezione, estrazione, consultazione, comunicazione; blocco, cancellazione e distruzione; è effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; è svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione riguardante i rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.*
3. ***CONFERIMENTO DEI DATI:*** *La raccolta dei dati può avvenire presso l'interessato ovvero presso la nostra sede ove è effettuato il trattamento. Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e, se dal caso, giudiziari, è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1-A, ossia conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei rapporti in essere, inclusa gestione e liquidazione dei sinistri (ivi eventualmente compresa la tutela legale). Tale consenso diventa facoltativo ai fini dello svolgimento di attività d'informazione e promozione commerciale di cui al punto 1-B.*
4. ***RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI:*** *L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali di cui al punto 3, relativamente alla finalità di cui al punto 1-A, comporta l'impossibilità di adempiere a quanto previsto dai contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri. L'eventuale rifiuto al conferimento dei dati di cui al punto 3, per la finalità 1-B, non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Aon nei confronti dell'interessato.*
5. ***COMUNICAZIONE DEI DATI****: I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1-A, per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia; legali, periti e autofficine; società di servizi cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio: Unità d'Informazione della Banca d'Italia, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici e altre sedi Aon nel mondo. Inoltre i vostri dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per fini statistici per partecipare a gare pubbliche. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio Direzione Legale e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02.45434567, o all'indirizzo e.mail: privacy_officer@aon.it ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs.196/03. Aon raccoglie i dati contenenti le informazioni riguardanti i propri clienti e le loro posizioni assicurative, compresi, ma non limitati ai nomi, al settore merceologico, al tipo di polizze e alle date di scadenza delle polizze, così come alle informazioni riguardanti le compagnie assicurative che forniscono la copertura ai propri clienti o completano per i propri clienti il piazzamento assicurativo. Tutte queste informazioni sono conservate in uno o più database. Aon può usare o rivelare le informazioni riguardanti i propri clienti, se richiesto dalla legge, dalla politica Aon, in seguito ad un procedimento legale o in risposta ad una richiesta da parte di un'autorità di polizia o di altri funzionari governativi. Oltre ad essere utilizzati a beneficio dei clienti Aon, queste banche dati sono accessibili anche da altri affiliati Aon per altri scopi, compresa la fornitura di consulenza e altri servizi per le imprese di assicurazione. Per le finalità di cui al punto 1-B, inoltre, i dati potrebbero essere comunicati anche a soggetti membri di un Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) di cui potrebbero far parte rappresentanti, oltre che del Titolare, della Compagnia assicurativa, della struttura sanitaria o dell'Associazione Medica di appartenenza del Cliente.*
6. ***COMUNICAZIONE DEI DATI DI SOGGETTI TERZI****: qualora il trattamento possa riguardare anche i dati personali di soggetti diversi dal Cliente, ad esempio i dati di persone fisiche terze che hanno subito un danno e perciò in qualche modo coinvolte in un sinistro, sarà cura del Cliente fornire a detti soggetti terzi, anche verbalmente, le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati (punti 1 e 2 della presente informativa) e la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati ai fini della corretta gestione del sinistro (punto 3), le conseguenze di un eventuale rifiuto al conferimento dei dati stessi (punto 4), i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi (punto 5) e gli estremi identificativi del titolare (punto 10). Sarà sempre cura del Cliente, dopo aver fornito tali informazioni all'interessato, ottenere un consenso esplicito al trattamento. Aon assurgerà a presunzione, ai sensi dell'art.2729 del Codice Civile, dell'avvenuto adempimento, da parte del Cliente, della correlata attività di informativa e dell'ottenuto consenso (ove dovuto) da parte degli interessati a favore del Titolare medesimo.*
7. ***DIFFUSIONE DEI DATI:*** *I dati personali non sono soggetti a diffusione.*
8. ***TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO:*** *I dati personali possono essere trasferiti esclusivamente verso le sedi Aon presenti sia nei Paesi dell'Unione Europea sia nei Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1-A e B.*
9. ***DIRITTI DELL'INTERESSATO:*** *L'art. 7 del D.Lgs.196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere da Aon la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili, del rappresentante designato e dei soggetti o delle categorie di soggetto cui i dati possono essere comunicati. L'interessato ha, inoltre, diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; nonché quello di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato, in ogni momento, secondo quanto stabilito dall'art. 8 del D.Lgs.196/03.*
10. ***TITOLARE DEL TRATTAMENTO:*** *Titolare del trattamento è Aon S.p.A., con sede a Milano, in via A. Ponti 8/10. Responsabile Designato del trattamento è il Gruppo Privacy domiciliato presso l'indirizzo sopra indicato.*

Il Contraente/Assicurato, preso atto dell'Informativa sulla Privacy che precede, ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. n. 196/03:

*	☐ ACCONSENTE	☐ NON ACCONSENTE	al trattamento dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) per le finalità di cui al punto 1-A dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2
*	☐ ACCONSENTE	☐ NON ACCONSENTE	alla comunicazione dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1-A della medesima informativa
	☐ ACCONSENTE	☐ NON ACCONSENTE	al trattamento dei dati per l'attività di analisi dei sinistri descritta al punto 1-B
	☐ ACCONSENTE	☐ NON ACCONSENTE	allo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale dei pacchetti assicurativi dei soggetti indicati nell'informativa nei confronti dell'interessato

_____	_____	_____
Data	Nome e Cognome	Firma

* **ATTENZIONE**: il mancato consenso pregiudica il buon fine della pratica

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. Copia del documento Privacy Aon debitamente compilato firmato e sottoscritto
3. Per la polizza di Responsabilità Civile: copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
4. Per la polizza di Tutela Legale: dichiarazione su carta intestata dell'Associazione a conferma dell'avvenuta iscrizione, copia del modulo di adesione e certificato assicurativo interessato
5. 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
6. 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
7. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
8. 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
9. 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
10. Copia della dichiarazione, rilasciata dalla Struttura, di avvenuta denuncia e apertura del sinistro sulle polizze di Responsabilità Civile e Tutela Legale della Struttura
11. Altro (specificare) _____

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 _____