

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE, Rc PROFESSIONALE, TUTELA LEGALE – NURSIND**

Gentile Assicurato,

La invitiamo a voler compilare, sottoscrivere e trasmettere il presente questionario unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 5) entro 5 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti indirizzi @mail: denunce.rcsanitaria@aon.it oppure @pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it e, per conoscenza, al seguente indirizzo di posta elettronica del Sindacato: gestionepratiche@nursind.it

In caso non si disponga di email e per qualsiasi informazione relativa ai sinistri, La invitiamo a volerci contattare al numero: +39 02/87232368.

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.
- Ove pervenga all'Assicurato un atto giudiziario o assimilato (in via indicativa e non esaustiva: atto di citazione, invito a dedurre, ricorso per accertamento tecnico preventivo, richiesta di mediazione/negoziazione, ecc.), tale atto dovrà essere trasmesso esclusivamente in copia nell'immediatezza e con la massima sollecitudine.
- 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
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE, RC PROFESSIONALE, TUTELA LEGALE – NURSIND**

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 - ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA

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

REGIME

- dipendente del SSN intramoenia (A1) extramoenia (B3)
 dipendente di struttura privata convenzionata (A2) non convenzionata (B2)
 libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA 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) _____

RAL AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO: _____

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

- dipendente del SSN intramoenia (A1) extramoenia (B3)
 dipendente di struttura privata convenzionata (A2) non convenzionata (B2)
 libero professionista (B1)

DATI IDENTIFICATIVI E COPERTURA ASSICURATIVA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA DOVE E' AVVENUTO IL FATTO

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE, RC PROFESSIONALE, TUTELA LEGALE – NURSIND**

1C) COPERTURE ASSICURATIVE DELL'ASSICURATO

Iscrizione a NURSIND sì no

Polizze stipulate tramite NURSIND alla data della prima richiesta/denuncia :
(barrare la casella relativa alla copertura stipulata e che si vuole attivare e allegare i rispettivi documenti richiesti):

- Polizza COLPA GRAVE con estensione per CONDANNA IN SOLIDO (adesione volontaria)
- Polizza RC PROFESSIONALE
- Polizza TUTELA LEGALE Polizza TUTELA LEGALE INTEGRATIVA

Allegare:

- Copia della busta paga a conferma dell'avvenuta iscrizione al Sindacato - in mancanza di busta paga, attestazione della Segretaria di iscrizione alla Nursind
- Certificato assicurativo
- Per l'estensione condanna in solido e per la TL integrativa, copia ordine di bonifico a conferma della data di avvenuto pagamento della polizza

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

TIPO POLIZZA	NUMERO POLIZZA	COMPAGNIA	DECORRENZA	SCADENZA	MASSIMALE	DATA DENUNCIA PRESENTE SINISTRO
			/ /	/ /		
			/ /	/ /		

In caso di Sinistro, l'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

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

- Data dell'evento (atto/fatto contestato): _____
- Data di prima conoscenza dell'atto/fatto contestato, e/o di notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di terzi : _____
- Fatto contestato e ammontare richiesto (se conosciuto): _____
- Contestazione pervenuta (es.: informazione di garanzia, verbale di identificazione e/o avviso di accertamenti tecnici non ripetibili e/o costituzione di parte civile nel procedimento penale, la comunicazione scritta con cui il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile, la richiesta di risarcimento danni, la citazione o chiamata in causa dell'Assicurato, l'inchiesta giudiziaria contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'Oggetto dell'assicurazione, la comunicazione formale con cui la Struttura Sanitaria e/o la Compagnia di Assicurazione informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo e/o dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, l'istanza di mediazione, la citazione o chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o della Compagnia di Assicurazione, la segnalazione/invito a dedurre da parte della Corte dei Conti):

3) PROFESSIONISTI INCARICATI DALL' ENTE DI APPARTENENZA

LEGALE DESIGNATO DALL'ENTE DI APPARTENENZA

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

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

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

4) 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 Compagnia non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati.
- 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 e 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 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 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 dell'eventuale 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) _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
RESPONSABILITÀ PER COLPA GRAVE, RC PROFESSIONALE, TUTELA LEGALE – NURSIND**

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

