

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
FNCF – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI CHIMICI E DEI FISICI**

Gentile Assicurato,

La invitiamo a voler compilare e trasmettere il presente modulo unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 4) entro 10 giorni preferibilmente a mezzo email ad uno dei seguenti recapiti:

@mail: andrea.calcaterra@aon.it
@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it
Tel: +39 02/87232.368
Fax: +39 02.45463245
Aon S.p.A.- Claims Division - Professional Services
Via Calindri, 6 – 20143 Milano (MI)

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 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. FNCF.**



**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
FNCF – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI CHIMICI E DEI FISICI**

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:

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: _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
FNCF – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI CHIMICI E DEI FISICI**

1C) COPERTURA ASSICURATIVA TRAMITE FNCF

Iscrizione a FNCF sì no

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

- Polizza Colpa Grave (del Chimico Fisico esercente la professione sanitaria nella sanità pubblica e privata)
- Polizza RC Professionale (del Chimico Fisico libero professionista)

Si rammenta di allegare copia della Scheda di Copertura/del Certificato assicurativo e dei documenti che attestano il pagamento del premio

1D) ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO

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

2) DANNEGGIATO E FATTO CONTESTATO

2A) DATI DEL DANNEGGIATO

Cognome
Nome
Ragione Sociale

2B) DATA DEL FATTO CONTESTATO

- Data del fatto contestato: _____

2C) FATTO CONTESTATO

- decesso lesioni danni a cose altro (specificare): _____

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 richieste, notizie, circostanze o situazioni che hanno determinato o potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi per l'attività professionale prestata, quali – in via indicativa:

- richiesta di risarcimento danni
 - mediazione o negoziazione assistita
 - atto di citazione
 - ricorso per accertamento tecnico preventivo o altra misura cautelare urgente
 - informazione di garanzia, verbale di identificazione e/o avviso di accertamenti tecnici non ripetibili e/o costituzione di parte civile nel procedimento penale
 - invito a dedurre da parte della Corte dei Conti
 - altro (specificare): _____
-

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
FNCF – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI CHIMICI E DEI FISICI**

3) 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 compete alla Compagnia, che non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano dalla stessa designati o con la stessa preventivamente concordati;**

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
FNCF – FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI CHIMICI E DEI FISICI**

4) DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE PER LA DENUNCIA

1. Copia del presente 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 di eventuali ulteriori polizze di Responsabilità e/o Tutela Legale stipulate dall'Assicurato con altri Assicuratori nonché copia della denuncia di sinistro agli stessi inviata
4. 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
5. Copia completa dell'eventuale corrispondenza pregressa relativa al caso di specie
6. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
7. Altro (specificare) _____

5) 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 _____