

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE e TUTELA LEGALE COMMERCIALISTI**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trasmesso, unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 7), **ENTRO 10 GIORNI** preferibilmente a **MEZZO MAIL** ai seguenti riferimenti:

Per i clienti delle seguenti Regioni:

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Lazio
- Lombardia (esclusa la Provincia di Mantova)
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Umbria
- Valle d'Aosta

AON SPA
@pec: sinistriprofessioni@pec.aon.it
Tel: +39 02.87232368

Per i clienti delle seguenti Regioni:

- Trentino Alto Adige
- Veneto

E per i clienti della Provincia di Mantova:

Acros Broker srl
@mail: commercialisti@acrosbroker.it
Tel: +39 0458083629

Per i clienti delle seguenti Regioni:

- Liguria
- Toscana

Banchero Costa Insurance Broker
@mail: commercialisti@bcinsurance.it
Tel: +39 010.5631717

1. DATI ASSICURATO

COGNOME NOME _____ CODICE FISCALE/ P. IVA _____

INDIRIZZO _____ COMUNE _____ PROV. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____ CELLULARE _____ FAX _____

STUDIO ASSOCIATO (X1) PROFESSIONISTA INDIVIDUALE (X2)

NEL CASO IN CUI L'ASSICURATO ABBA CESSATO L'ATTIVITÀ INDICARNE DATA E MOTIVO:

2. COPERTURE ASSICURATIVE

POLIZZE STIPULATE ALLA DATA DELLA PRIMA RICHIESTA/DENUNCIA:
(BARRARE LA CASELLA RELATIVA ALLA COPERTURA STIPULATA E CHE SI VUOLE ATTIVARE):

RC PROFESSIONALE TUTELA LEGALE

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE PERSONALI DELL'ASSICURATO PER LO STESSO RISCHIO (RESPONSABILITÀ CIVILE O TUTELA LEGALE):

Tipo polizza	Numero polizza	Compagnia	Decorrenza	Scadenza	Massimale	Data denuncia presente sinistro
			/ /	/ /		
<p><i>Se precedentemente al presente contratto, l'Assicurato ha sottoscritto una polizza per i medesimi rischi che prevede la denuncia dei sinistri anche successivamente alla cessazione del contratto, l'Assicurato si impegna a denunciare i sinistri insorti prima della stipula del presente Contratto previamente alla Compagnia presso la quale era precedentemente assicurato.</i></p>						

3. DATI DANNEGGIATO

COGNOME NOME _____ CODICE FISCALE/ P. IVA _____

INDIRIZZO _____ COMUNE _____ PROV. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____ CELLULARE _____ FAX _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE e TUTELA LEGALE COMMERCIALISTI**

4. FATTO CONTESTATO

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 PRESTATATA 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
- MESSA IN MORA
- ISTANZA DI MEDIAZIONE
- ATTO DI CITAZIONE
- RICORSO PER ACCERTAMENTO TECNICO PREVENTIVO O ALTRA MISURA CAUTELARE URGENTE
- INVITO A DEDURRE DA PARTE DELLA CORTE DEI CONTI
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

5. FATTO CONTESTATO- DETTAGLIO

- DANNO MATERIALE (A):** danno a cose (A1) danno a persone (A2) danno a dipendenti/prestatori di lavoro (A3)
- DANNO DERIVANTE DA CONSULENZA IN MATERIA FISCALE (B)**
- DANNO PATRIMONIALE RELATIVO A REAL ESTATE (C)**
- DANNO PROFESSIONALE PER INCARICHI ESTERNI (D):** sindaco/revisore (D1) CdA (D2) OdV (D3) DPO (D4)
- DANNO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' STRAGIUDIZIALE (E):**
- errore in sede di consulenza professionale extra-giudiziale (E1)
- danni derivanti in materia societaria e atti costitutivi di società (E2)
- infedeltà di dipendenti e/o collaboratori (E3)
- violazione normativa privacy (E4) ingiuria o diffamazione nell'esercizio dell'attività (E5) danno erariale (E6)
- cyber (E7)
- mancata conservazione/distruzione/perdita di documenti e somme di denaro (E8) M&A (E9)
- DANNO PROFESSIONALE NELLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI (F)**
- Errori/omissioni in incarichi di natura giudiziaria (F1) Danni derivanti da attività di Mediatore (F2)
- Danni derivanti da componente Commissioni Tributarie (F3)
- Danni derivanti da attività di gestore della crisi e ausiliario in organismi di composizione della crisi da sovraindebitamento (F4)
- Danni derivanti da attività quale custode giudiziario (F5) Amministratore di stabili (F6)
- Attività di CAF (F7)
- DANNO PROFESSIONALE NELLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' ORDINARIA (G)**
- Visto leggero (G1) Visto pesante (G2)
- Consulenza in materia di lavoro (G3) Attività ordinaria di cui al D.Lgs. 139 (G4)

6. EVENTUALI PROFESSIONISTI INCARICATI DALL'ASSICURATO

LEGALE DI FIDUCIA

COGNOME NOME _____ CODICE FISCALE/ PARTITA IVA _____

INDIRIZZO _____

CELLULARE _____ FAX _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTP)

COGNOME NOME _____ CODICE FISCALE/ PARTITA IVA _____

INDIRIZZO _____

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, l'Assicurato ha sempre facoltà di proporre alla Compagnia un legale di propria fiducia la cui nomina è subordinata al benessere della Compagnia. Eventuali spese legali e/o peritali non autorizzate dalla Compagnia saranno a carico dell'Assicurato.

- Per quel che riguarda la polizza di TL, qualora esista e sia operativa altra copertura assicurativa che garantisca la Responsabilità Civile dell'Assicurato, la polizza di TL opera, nei limiti delle prestazioni garantite, a secondo rischio ossia dopo l'esaurimento del Massimale dovuto dall'Assicuratore di Responsabilità Civile. Fermo quanto sopra, 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.

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE e TUTELA LEGALE COMMERCIALISTI**

7. DOCUMENTI DA ALLEGARE 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. Relazione circostanziata ed esaustiva dell'Assicurato, datata e sottoscritta, relativa al fatto contestato, con eventuale valutazione personale della vicenda
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, 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
6. Copia dell'eventuale atto/documentazione a cui il sinistro si riferisce (es.: F24 asseritamente errato, ecc.)
7. Copia del mandato professionale relativo all'attività svolta e in contestazione
8. Fattura comprovante la prestazione eseguita e in contestazione

Si precisa che la documentazione sopra richiesta ha carattere essenziale e imprescindibile ai fini della denuncia e dovrà pertanto essere inviata unitamente al presente Modulo.

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.

È 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 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.

DICHIARAZIONI

- *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 _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
GARANZIA INFORTUNI**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trasmesso, unitamente a copia di tutta la documentazione richiamata al punto 7), **ENTRO 10 GIORNI** preferibilmente a **MEZZO MAIL** ai seguenti riferimenti:

Per i clienti delle seguenti Regioni:

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Lazio
- Lombardia (esclusa la Provincia di Mantova)
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Umbria
- Valle d'Aosta

AON SPA

@:Gianalberto.Bucchieri@aon.it

Tel: 02.45434735

Per i clienti delle seguenti Regioni:

- Trentino Alto Adige
- Veneto

E per i clienti della Provincia di Mantova:

Acros Broker srl

@mail: commercialisti@acrosbroker.it

Tel: +39 0458083629

Per i clienti delle seguenti Regioni:

- Liguria
- Toscana

Banchero Costa Insurance Broker

@mail: commercialisti@bcinsurance.it

Tel: +39 010.5631717

1. DATI POLIZZA

Polizza n. _____

Contraente _____

Sede Legale: Comune _____ Provincia _____

INDIRIZZO _____

2. DATI ASSICURATO

Qualifica: Socio/Singolo Professionista Collaboratore in via esclusiva Dipendente/praticante/tirocinante

Nome _____ Cognome _____

CF/P.iva _____

Indirizzo Mail _____ Cellulare _____

3. DATI SULL'INFORTUNIO

Data _____ Località _____

4. DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Confermando di aver perso visione dell'informativa che mi è stata fornita ai sensi della normativa vigente, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per finalità connesse agli obblighi previsti dalla Legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali.

Fornisco invece il necessario consenso per il trattamento dei dati sensibili, categoria in cui sono compresi quelli relativi allo stato di salute e all'eventuale trasferimento all'estero dei dati inerenti il sinistro, nei limiti indicati dalla stessa.

Io sottoscritto/a _____ firmando il modulo do il consenso al trattamento dei miei dati sensibili per la gestione del rapporto assicurativo

Data _____ Firma dell'interessato _____

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
GARANZIA INFORTUNI**

5. ULTERIORI INFORMAZIONI SULL'INFORTUNIO

1. Descrizione del modo in cui è avvenuto l'infortunio:

2. Si è recato al Pronto Soccorso?

Si No

Se **Si** allegare certificato di pronto soccorso
Se **No** far compilare dal medico curante All.1.

3. Si è trattato di infortunio professionale?

Si No

4. Si è trattato di infortunio in itinere?

Si No

5. Dove è avvenuto l'infortunio?

- Studio
 Spostamento (Specificare il tragitto e mezzo utilizzato _____)
 Altro (Specificare _____)

Allegare:

**Modulo CAI (constatazione amichevole incidente) e/o Verbale Autorità intervenute o, in alternativa, descrizione circostanziata dell'incidente stradale*

**Nel caso si stesse utilizzando mezzo che necessita licenza di guida allegare relativa patente*

6. Ha subito precedenti infortuni?

Si No

Se **Si** indicare:

1) Data _____ Tipo di infortunio _____
2) Data _____ Tipo di infortunio _____
3) Data _____ Tipo di infortunio _____

7. Ha altre coperture assicurative?

Si No

Se **Si** indicare:

Compagnia Assicurativa _____
Massimali _____

ALLEGATO 1

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

(da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato del pronto soccorso)

1. Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata:

2. Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, etc.)?

3. Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?

4. Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente?

5. L'infortunato è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?

6. Può disimpegnare fin d'ora, almeno in parte, le sue originarie occupazioni?

7. Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale/parziale?

8. Si presume invalidità permanente residua?

9. In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?

10. Da chi venne prestata la prima cura?

Data

Il Medico Curante

ALLEGATO 1

RAPPORTO DEL MEDICO CURANTE

(da compilare da parte del medico curante in assenza del certificato del pronto soccorso)

1. Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata:

2. Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, etc.)?

3. Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?

4. Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente?

5. L'infortunato è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?

6. Può disimpegnare fin d'ora, almeno in parte, le sue originarie occupazioni?

7. Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale/parziale?

8. Si presume invalidità permanente residua?

9. In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?

10. Da chi venne prestata la prima cura?

Data

Il Medico Curante
