

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto (DGR n. 1171 del 19.07.2016)



Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- Nota Informativa, comprensiva del glossario;
- Condizioni di assicurazione;
- Modulo di Proposta.

Il presente Fascicolo informativo, contenente Nota Informativa, Glossario, Condizioni di assicurazione e Modulo di Proposta, deve essere consegnato all'assicurato prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione. Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Edizione Dicembre 2016.



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Nota Informativa

Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto
(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente le condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere la polizza.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

AmTrust Europe Limited, con sede in Market Square House, St James's Street, Nottingham NG16FG United Kingdom, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Prudential Regulation Authority (PRA – Autorità di Vigilanza Prudenziale) e regolamentata dalla Financial Conduct Authority (FCA – Autorità Regolatrice della Condotta Finanziaria) e dalla Prudential Regulation Authority.

Numero di iscrizione al Registro dei Servizi Finanziari 202189. Questi dettagli possono essere controllati sul Registro dei Servizi Finanziari, visitando il sito: www.fca.org.uk o contattando la Financial Conduct Authority (FCA – Autorità Regolatrice della Condotta Finanziaria) al numero gratuito 0800 111 6768.

La Rappresentanza Italiana

AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14, 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174

Email: milan@amtrustgroup.com - www.amtrusteurope.it - www.amtrustinternational.com

è iscritta dal 21.03.2012 al n° I.00103 dell'“Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ed ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento”, con codice IVASS Impresa n° D904R.

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa è pari a £ 239 milioni di sterline, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a £ 71 milioni di sterline e la parte relativa al totale delle riserve di patrimonio ammonta a £ 168 milioni di sterline. L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni è pari a 115%, tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2015.

Si rinvia al sito internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.

B. Informazioni sul contratto

Il presente contratto è stipulato per una durata triennale con facoltà di eventuale rinnovo.

AVVERTENZA: *in assenza di disdetta da inviarsi con lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza annuale il contratto si rinnova per un altro anno.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 5 delle Condizioni di Assicurazione.

1. COPERTURE ASSICURATIVE - LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il presente contratto prevede le seguenti coperture assicurative, con le modalità ed esclusioni regolate nelle Condizioni di Assicurazione e nelle relative Sezioni (I, II; III; IV e V):

1.1 Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave: la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare per danni corporali o materiali causati a terzi con colpa grave. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1 e seguenti della Sezione I delle Condizioni di Assicurazione.

1.2 Tutela Legale nell'esercizio dell'attività professionale: la Società si obbliga ad assumere a proprio carico gli oneri derivanti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede stragiudiziale e giudiziale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1 e seguenti della Sezione II delle Condizioni di Assicurazione.

1.3 Responsabilità Civile Professionale per Colpa Lieve (garanzia operante ove la soluzione scelta dall'Assicurato la preveda): la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare per danni corporali o materiali causati a terzi con colpa lieve. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1 e seguenti della Sezione III delle Condizioni di Assicurazione.

1.4 Responsabilità Amministrativa e Contabile (garanzia operante solo se scelta dall'Assicurato): la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare per danni patrimoniali con colpa grave. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1 e seguenti della Sezione IV delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: Le coperture di cui ai punti 1.1, 1.2, 1.3 ed 1.4 sono offerte nella forma "Claims made".

1.5 Assicurazioni Infortuni: la Società si obbliga a corrispondere un indennizzo a seguito di infortunio occorso all'assicurato che determini la morte, l'invalidità permanente e contagio da HIV, Epatite B o C. Per la regolamentazione si rinvia agli Articoli 1 e seguenti della Sezione V delle Condizioni di Assicurazione. **Avvertenza: la presente copertura è prestata nella forma Loss Occurrence.**

AVVERTENZA: sono previsti casi di **limitazioni** ed **esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo oppure alla mancata attivazione della garanzia. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11 e 12 delle Condizioni di Assicurazione, agli Articoli 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 della Sezione I, agli Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della Sezione II, agli Articoli 1 e 2 della Sezione III, agli Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, e 10 della Sezione IV ed agli Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 e 14 della Sezione V.

E' prevista la **sospensione** della garanzia in caso di mancato pagamento del Premio o della rata di Premio successivo alla stipulazione del contratto. In tale seconda ipotesi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza, così come previsto dall'Articolo 5 – Durata del Contratto, Pagamento del Premio - delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: le condizioni di assicurazione prevedono franchigie e massimali per il cui dettaglio si rinvia alle Singole sezioni delle Condizioni di assicurazione, nonché a quanto riportato nella Scheda di Polizza.

Per franchigia si intende l'importo prestabilito che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Per massimale si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'assicurazione. L'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento/indennizzo entro il massimale convenuto.

Al fine di facilitare la comprensione al Contraente, si riportano di seguito alcuni esempi di funzionamento della franchigia e del massimale:

Massimale

Esempio 1

Per il rischio della Responsabilità Civile, qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 2.000.000,00 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, l'Impresa risponde nel limite di € 2.000.000,00, indipendentemente dal fatto che siano pervenute nel medesimo Periodo di Assicurazione due richieste di risarcimento rispettivamente di € 1.700.000,00 e di € 500.000,00, il cui ammontare complessivo sarebbe di € 2.200.000,00.

Esempio 2

Per la Tutela Legale, qualora sia convenuto in polizza un massimale per il primo grado di giudizio pari a € 30.000,00 per Sinistro, l'Impresa risponde nel limite di € 30.000,00 per ciascun sinistro, anche se in un sinistro vi fossero - ad esempio - Spese legali pari a € 24.000,00, più Spese Peritali pari a € 12.000,00 (per un totale, quindi, di € 36.000,00).

Esempio 3

Per il rischio Infortuni, qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 100.000 per Sinistro e Periodo di Assicurazione, l'Impresa risponde nel limite di € 100.000.

Qualora la percentuale di invalidità permanente fosse dichiarata inferiore al 25% non si darà luogo ad alcun indennizzo, qualora invece la percentuale di invalidità permanente fosse dichiarata superiore al 25% il cliente riceverà il 100% del massimale.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 2 della Sezione V delle Condizioni di Assicurazione.

Franchigia

Esempio 1 (Responsabilità Civile)

Per il rischio della Responsabilità Civile, per l'Assicurato che non abbia denunciato alcun sinistro nei 5 anni precedenti la stipula della polizza:

- non si applica alcuna franchigia.

Per l'Assicurato con sinistri pregressi:

- qualora sia riportata nella Scheda di Polizza una Franchigia pari a € 1.000,00, l'Impresa risponde nel limite del massimale convenuto, previa detrazione di un importo pari a € 1.000,00. Pertanto, nel caso di richiesta di risarcimento pari a € 10.000,00, l'indennizzo ammonta ad € 9.000,00 (10.000,00 – 1.000,00).

Esempio 2 (Infortuni)

Somma assicurata per invalidità permanente totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 25%

a) Invalidità permanente accertata: 7%

Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) – 25% (Franchigia) = 0% x € 100.000,00 = € 0

b) Invalidità permanente accertata: 30%

Indennizzo da liquidare: 30% (I.P. accertata) – 0% (Franchigia) = 100% x € 100.000,00 = € 100.000,00

Per la garanzia tutela legale non è prevista l'applicazione di franchigie

2. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: Ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Il presente contratto non prevede specifici casi e/o cause di nullità oltre quelle previste a termini di legge

3. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

AVVERTENZA: ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1898 del Codice Civile, nel caso di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio che comporti aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato. L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi di quanto previsto dagli artt. 66 e 67 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, nonché degli artt. 1897 e 1898 c.c..

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio

Qualora il medico abbia una copertura di Responsabilità Civile per Colpa Grave per attività di medico specialista in formazione e non comunichi nei termini previsti il conseguimento della specializzazione, incorre nella possibilità che eventuali risarcimenti relativi a comportamenti posti in essere successivamente al conseguimento della specializzazione possano essere proporzionalmente ridotti o addirittura non dovuti.

4. PREMI

Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;

AVVERTENZA: L'impresa o l'intermediario hanno la facoltà di prevedere specifici sconti, in tal caso informazioni dettagliate sulla loro misura e sulle relative modalità di applicazione verranno messe a disposizione presso la rete di vendita dell'impresa medesima.

5. DIRITTO DI RIVALSA

AVVERTENZA: la Rivalsa è un diritto della Compagnia assicuratrice in base al quale la medesima è autorizzata ad agire nei confronti del responsabile del sinistro al fine di recuperare le somme pagate al danneggiato a titolo di risarcimento.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione, all'Articolo 5 della Sezione I, all'Articolo 8 della Sezione II ed all'Articolo 12 della Sezione V.

6. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA: in caso di sinistro sia l'Impresa sia il Contraente possono recedere dal Contratto in un periodo compreso tra la data di denuncia del sinistro e il novantesimo giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 90 giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 10 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: è facoltà delle parti di rescindere annualmente la Polizza stessa previa comunicazione di recesso da inviarsi entro 90 giorni dalla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 5 delle Condizioni di Assicurazione.

7. Prescrizione e decadenza dai diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono entro due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro lo stesso l'azione, ai sensi dell'art. 2952 c.c.

7.1 Per quanto riguarda la Copertura Infortuni dei Medici, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c.

7.2 Essendo le prestazioni assicurative di Responsabilità Civile Professionale e Tutela Legale in regime di "Claims made" ovvero:

- nel caso di RC Professionale, attivata dalla Richiesta di Risarcimento del terzo danneggiato,
- nel caso di Tutela Legale, attivata da fatti/notizie/querele/procedimenti,

le garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel corso di durata del contratto, anche se conseguenti a fatti antecedenti al periodo di decorrenza delle condizioni contrattuali, purché avvenuti non prima della Data di Retroattività stabilita in Polizza.

Pertanto terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Impresa, salvo quanto disposto dall'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 1 della Sezione I, 3 della Sezione II e 4 della Sezione IV.

7.3 Le garanzie Infortuni sono prestate in regime di "Loss occurrence"; vengono cioè accolte le Richieste di indennizzo presentate a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione, a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.

8. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

9. Regime fiscale

Il Premio imponibile è soggetto all'Imposta sulle assicurazioni, nella misura stabilita dalla Legge per ciascuna garanzia prestata.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

10. SINISTRI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA: L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Impresa di ciascun sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Le eventuali spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro sono a carico dell'Impresa entro il limite del 25% del Massimale garantito.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 16 e 19 delle Condizioni di Assicurazione.

Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust Europe Ltd. – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: colpegravi@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 22 delle Condizioni di Assicurazione.

11. RECLAMI

AVVERTENZA: eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Clerici 14 - 20121 Milano – tel. 0283438150 fax: 0283438174 Email reclami@amtrustgroup.com.

Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45

(quarantacinque) giorni, ovvero a suo giudizio, il reclamante potrà presentare il proprio reclamo all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono: 06 42 1331, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Impresa di Assicurazione ed il relativo riscontro.

In seconda istanza, rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; Tel. +44 (0) 207 964 1000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk .

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

Resta salva comunque per il reclamante la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

12. ARBITRATO

La Polizza non prevede il ricorso all'arbitrato, salvo quanto disposto all'Art. 13 della Sezione V per la garanzia Infortuni, pertanto le Parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento.

AmTrust Europe Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**AmTrust Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentate Legale
Emmanuele Netzer**

Glossario

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto.

Assicurato: i dirigenti, i funzionari e i dipendenti delle Aziende del SSR e tutti i soggetti anche non dipendenti che partecipano, a qualsiasi titolo, alle attività delle Aziende del SSR, compreso il personale universitario, gli specializzandi e i convenzionati che abbiano aderito alla presente Polizza per il tramite del Contraente

Assicuratore / Società: la Compagnia di Assicurazione che stipula il contratto

Broker: la ditta di intermediazione assicurativa

Assicurazione / Contratto d' Assicurazione: il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati:

Certificato di Assicurazione: il documento emesso dalla Società che va a formare parte integrante della Polizza, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il premio con le relative imposte governative.

Claims Made: Il regime nel quale la garanzia di responsabilità civile è individuata nelle Richieste di Risarcimento ricevute dal Contraente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del periodo di retroattività stabilito in polizza, antecedente la data di effetto di ciascun Periodo di Assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula la Polizza collettiva.

Danno: qualsiasi pregiudizio subito da terzi, suscettibile di valutazione economica.

Danno corporale: Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone.

Danno materiale: La distruzione, il deterioramento, l'alterazione, la perdita, il danneggiamento totale o parziale di cose, incluso il furto, nonché i danni a essi conseguenti.

Danni non patrimoniali: Tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima.

Danni Patrimoniali: Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni relativi alla sfera patrimoniale del danneggiato.

Fatti Noti: Configurano fatti e circostanze note l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.

Franchigia: Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Intermediario: l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.

Intramoenia: L'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di *day hospital* e/o *day surgery* in regime di attività libero professionale - debitamente autorizzata e svolta in nome e per conto dall'Azienda -, in qualsiasi forma venga svolta.

Massimale di RC Professionale: La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Massimale di Tutela Legale: La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare per le spese legali e peritali per Sinistro denunciato.

Massimale di Infortunio: E' la somma massima liquidabile dall'Assicuratore a titolo di indennizzo del danno. In genere è prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nel caso in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Modulo di Proposta: il modulo, valido 30 giorni dalla data di sottoscrizione, costituente prova della volontà di adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.

Periodo di Assicurazione: il periodo compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della Polizza. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo della Polizza medesima.

Periodo di Retroattività: il periodo temporale indicato nel Certificato di Assicurazione ed antecedente alla Data di effetto della prima adesione alla presente Polizza

Polizza: il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

Premio: il corrispettivo dovuto dall'Assicurato all'Assicuratore.

Risarcimento: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Scheda di Polizza: il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato / Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza e il premio imponibile con le relative Imposte Governative.

Struttura sanitaria pubblica: l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico.

Sottolimito: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

Responsabilità Amministrativa: la responsabilità che incombe sull'Assicurato che, avendo violato obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione

Responsabilità Contabile: la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato detto "agente contabile" ed è fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione e che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.

Condizioni di Contratto

I. OGGETTO DEL CONTRATTO

Con il presente contratto il **Contraente** stipula una **Polizza** collettiva con l'assicuratore AmTrust Europe Limited, di seguito Società, avente per oggetto diverse garanzie come indicato nelle seguenti Sezioni:

- **Sezione I:** Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave
- **Sezione II:** Tutela Legale
- **Sezione III:** Estensione di garanzia per Colpa Lieve (se previsto dall'opzione scelta dall'**Assicurato**)
- **Sezione IV:** Responsabilità Amministrativa e Contabile (se scelta dall'**Assicurato**)
- **Sezione V:** Infortuni e Contagio 3Virus

La presente **Polizza** collettiva è stipulata per conto del personale appartenente alle professioni sanitarie del servizio sanitario regionale della Regione Veneto che aderirà alla relativa copertura mediante sottoscrizione di idoneo **Modulo di Proposta**, e di seguito definito **Assicurato**.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli **Assicurati** e la **Società** sarà regolato dal presente Contratto di seguito **Polizza**.

Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'**Assicurato** dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente **Polizza**, risponderà unicamente alla **Società** la quale potrà opporre agli **Assicurati** tutte le eccezioni che potrebbe opporre al **Contraente** in forza della **Polizza**.

II. DOCUMENTAZIONE PER GLI ASSICURATI

In sede di illustrazione della Proposta di assicurazione, il **Contraente** si obbliga a consegnare a ciascun potenziale aderente il Fascicolo Informativo ed in particolare le Condizioni di **Assicurazione**, prima della sottoscrizione del **Modulo di Proposta**.

Nella stessa sede, il **Contraente** si obbliga a consegnare Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003).

Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del **Contraente**, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

III. MODULO DI PROPOSTA

Ciascun **Assicurato** dovrà compilare, datare e sottoscrivere il **Modulo di Proposta**, che formerà parte integrante della **Polizza**, trasmetterlo al **Contraente** e provvedere al versamento dell'importo dovuto.

In sede di sottoscrizione del **Modulo di Proposta**, il **Contraente** si obbliga a raccogliere apposita sottoscrizione dell'**Aderente** di avvenuta consegna dell'**Informativa Privacy** e relativo consenso al trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003). Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del **Contraente**, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti, salvo il caso in cui il Contraente stesso riesca a dar prova di aver adempiuto a detti obblighi.

IV. PREMIO E MODALITÀ DI PAGAMENTO

All'atto del perfezionamento della **Polizza** il **Contraente** non versa alcun premio.

Il **Contraente** si impegna a trasmettere alla **Società** entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese:

- 1) L'elenco delle nuove adesioni corredato da copia dei **Moduli di Proposta** sottoscritti dagli **Assicurati** nel mese precedente;
- 2) L'elenco degli **Assicurati** che, in regola con il pagamento del premio, nel mese precedente hanno prorogato la copertura relativa ai **Periodi di Assicurazione** successivi al primo.

Tali elenchi dovranno contenere i dati identificativi, la qualifica, le garanzie scelte, la decorrenza

della garanzia e la data del versamento del premio da parte dell'**Assicurato**. L'invio di tali elenchi sarà da intendersi come conferma dell'avvenuto pagamento del premio da parte dell'**Assicurato**. Il premio così incassato dovrà essere versato alla Società entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

V. CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE E DOCUMENTI DI RINNOVO

La **Società** all'atto del ricevimento degli elenchi di cui sopra, attestanti l'avvenuto pagamento del Premio da parte degli Assicurati, provvederà ad emettere:

- 1) Per ciascun nuovo **Assicurato** un **Certificato di Assicurazione**, a prova della copertura assicurativa, attestante l'avvenuta applicazione alla **Polizza** riportante i dati dello stesso forniti all'atto dell'adesione ovvero:
 - I dati identificativi dell'**Assicurato** (Cognome e Nome, Codice Fiscale e domicilio);
 - La decorrenza della garanzia;
 - Le garanzie scelte;
 - La qualifica dell'**Assicurato**;
 - Il **Massimale** assicurato;
 - Il premio alla decorrenza della garanzia e delle eventuali successive annualità.
- 2) Per ciascun **Assicurato** che ha prorogato la copertura assicurativa un documento attestante l'avvenuta proroga della stessa.

VI. DURATA DEL CONTRATTO

La **Polizza** ha durata 3 anni.

Sia la **Società**, sia il **Contraente** hanno facoltà di rescindere il contratto annualmente previa comunicazione di Recesso da inviarsi entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza annuale, secondo le modalità previste all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

Condizioni di Assicurazione

Atto di Vincolo Unilaterale della Compagnia di Assicurazione nei Confronti delle Professioni Sanitarie della Regione del Veneto

L'atto di vincolo dell'Assicuratore verso l'Assicurato ha durata triennale e potrà essere rinnovato di un uguale periodo se non viene disdettato dagli Assicuratori nel termine di almeno 90 giorni antecedenti detta scadenza triennale.

Definizioni

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto.

Assicurato: i dirigenti, i funzionari e i dipendenti delle Aziende del SSR e tutti i soggetti anche non dipendenti che partecipano, a qualsiasi titolo, alle attività delle Aziende del SSR, compreso il personale universitario, gli specializzandi e i convenzionati che abbiano aderito alla presente Polizza per il tramite del Contraente

Assicuratore / Società: la Compagnia di Assicurazione che stipula il contratto

Broker: la ditta di intermediazione assicurativa

Assicurazione / Contratto d' Assicurazione: il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati:

Certificato di Assicurazione: il documento emesso dalla Società che va a formare parte integrante della Polizza, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il premio con le relative imposte governative.

Claims Made: Il regime nel quale la garanzia di responsabilità civile è individuata nelle Richieste di Risarcimento ricevute dal Contraente/Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del periodo di retroattività stabilito in polizza, antecedente la data di effetto di ciascun Periodo di Assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula la Polizza collettiva.

Danno: qualsiasi pregiudizio subito da terzi, suscettibile di valutazione economica.

Danno corporale: Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone.

Danno materiale: La distruzione, il deterioramento, l'alterazione, la perdita, il danneggiamento totale o parziale di cose, incluso il furto, nonché i danni a essi conseguenti.

Danni non patrimoniali: Tutti i danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale della vittima.

Danni Patrimoniali: Il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni relativi alla sfera patrimoniale del danneggiato.

Fatti Noti: Configurano fatti e circostanze note l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.

Franchigia: Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Intermediario: l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.

Intramoenia: L'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale, di ricovero, di *day hospital* e/o *day surgery* in regime di attività libero professionale - debitamente autorizzata e svolta in nome e per conto dall'Azienda -, in qualsiasi forma venga svolta.

Massimale di RC Professionale: La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Massimale di Tutela Legale: La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che la Società sarà tenuta a pagare per le spese legali e peritali per Sinistro denunciato.

Massimale di Infortunio: E' la somma massima liquidabile dall'Assicuratore a titolo di indennizzo del danno. In genere è prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nel caso in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Modulo di Proposta: il modulo, valido 30 giorni dalla data di sottoscrizione, costituente prova della volontà di adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.

Periodo di Assicurazione: il periodo compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della Polizza. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo della Polizza medesima.

Periodo di Retroattività: il periodo temporale indicato nel Certificato di Assicurazione ed antecedente alla Data di effetto della prima adesione alla presente Polizza

Polizza: il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

Premio: il corrispettivo dovuto dall'Assicurato all'Assicuratore.

Risarcimento: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Scheda di Polizza: il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato / Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza e il premio imponibile con le relative Imposte Governative.

Struttura sanitaria pubblica: l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico.

Sottolimito: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

Responsabilità Amministrativa: la responsabilità che incombe sull'Assicurato che, avendo violato obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione

Responsabilità Contabile: la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato detto "agente contabile" ed è fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione e che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.

Art. 1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la adesione a questa Polizza l'Assicurato dichiara:

- di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale è prestata nell'ambito della Categoria indicata nel Modulo di Proposta, alla quale l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria pubblica indicata nell'annessa Scheda di Polizza ovvero in convenzione e/o a beneficio di essa.

Art. 2 - RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato riferibili al modulo di Proposta, relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

Art. 3 - BUONA FEDE

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime verranno interpretate nel senso più favorevole all'assicurato.

Resta altresì ferma la disponibilità della Società ad un preventivo confronto con l'Assicurato e con le OO.SS. eventualmente dallo stesso indicate al fine di valutare con gli stessi se sussistano i presupposti e/o l'opportunità di superare le eccezioni relative alla azionabilità della polizza derivanti da mere questioni di interpretazione della medesima, sia in caso di giudizio, come nell'ambito delle trattative extragiudiziali. Restano comunque salvi i casi di esclusione descritti all'art. 4 – Sez. I, nonché di cui alle ipotesi normative oggettivamente limitanti l'operatività della stessa (ad es.: mancato pagamento del premio, scadenza contrattuale, ecc).

In caso di avveramento di una delle condizioni di cui all'art. 2 – Sez. I, la Società corrisponderà al danneggiato il risarcimento riconducibile a colpa grave del dipendente, con espressa riserva della facoltà di adire eventuali successivi gradi di giudizio ed in caso di esito più favorevole per l'Assicurato potrà ripetere quanto corrisposto.

E' comunque esclusa ogni rivalsa della Società nei confronti dell'Assicurato salvo il caso di dolo accertato con sentenza passata in giudicato e/o l'emersione – successiva

all'adempimento contrattuale da parte della Società - di cause di esclusione espressamente previste nella presente Polizza.

Art. 4 - NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Art. 5 - DURATA DEL CONTRATTO - PAGAMENTO DEL PREMIO

La Polizza ha durata 3 anni.

Al termine della durata sopra indicata, previo accordo tra le Parti, è data facoltà di rinnovo del presente contratto per un altro periodo da definirsi tra le Parti stesse.

Resta inteso tra le Parti che, **al solo verificarsi dei seguenti scenari**, sia il Contraente che la Società hanno facoltà di valutare l'opportunità di rescindere il contratto a ciascuna scadenza anniversaria:

- a) qualora entro i tre mesi antecedenti **ciascuna scadenza anniversaria della Polizza** (es. entro il 30.09.2017 ed il 30.09.2018 qualora la Polizza abbia avuto effetto il 31.12.2016) non si sia registrata l'adesione/mantenimento di un **numero pari o superiore a 2.225 Assicurati** cumulativamente appartenenti alle categorie relative ai **Dirigenti Medici** (siano essi di Area Chirurgica o meno);
 - a₁) qualora tale numero minimo di adesioni sia stato raggiunto/mantenuto le Parti hanno facoltà di valutare l'opportunità di rescindere il contratto solo ed esclusivamente se siano state inviate alla Società un **numero di denunce che abbiano generato sinistri ai sensi di Polizza in misura superiore al 7% (settepercento) del numero di soggetti Assicurati**. Si conviene che per il relativo calcolo verrà utilizzato l'arrotondamento per eccesso qualora l'applicazione della % comporti tale necessità (es. applicando il 7% ai 2.225 Assicurati di cui sopra, il numero di denunce ricevute dalla Società e che abbiano generato sinistri ai sensi di Polizza dovrà essere superiore a 155).

Solo ed esclusivamente al verificarsi dei citati scenari, dunque, sia la Contraente che la Società potranno valutare l'opportunità di rescindere il contratto, nel qual caso il soggetto interessato dovrà formalizzare, entro 90 giorni dalla scadenza anniversaria, recesso dalla Polizza secondo una delle seguenti modalità:

- Lettera raccomandata A/R;
- PEC.

Qualora tale facoltà fosse esercitata dalla Società la stessa, nel periodo intercorrente tra la manifestazione del recesso e la sua efficacia (90 giorni), si metterà a disposizione delle OO.SS. per proattiva consultazione utile alla analisi delle motivazioni alla base del recesso e delle possibili azioni correttive utili alla futura prosecuzione della Polizza.

Nei confronti dell'Assicurato, la Polizza ha durata uguale al Periodo di Assicurazione compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della Polizza ed è automaticamente rinnovata (in assenza di recesso verificatosi per una delle due circostanze di cui sopra) per un periodo di 12 mesi, fino alla scadenza della Polizza, salvo disdetta dell'Assicurato da inviarsi all'Assicuratore almeno 90 giorni prima della scadenza annuale. L'Assicurato potrà esercitare tale facoltà a suo insindacabile giudizio senza, dunque, essere in alcun modo vincolato al verificarsi di alcuna delle circostanze citate al punto a) che precede.

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati agli Assicuratori entro la data indicata, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Con il rinnovo dell'assicurazione senza soluzione di continuità rispetto all'efficacia della garanzia prestata dalla Società nel Periodo di Assicurazione precedente si intende mantenuta la continuità assicurativa.

Limitatamente alle sole richieste di adesione relative al primo periodo di assicurazione (es. 31.12.2016/31.12.2017), la copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno di effetto della presente Polizza (es. 31.12.2016) al sussistere congiunto di entrambe le seguenti condizioni:

- a) che il Modulo di Proposta sia stato sottoscritto ed il relativo premio versato entro il termine dei due mesi successivi alla data di effetto (es. effetto polizza 31.12.2016 con sottoscrizione Modulo di Proposta e pagamento del Premio entro il 28.02.2017);
 - b) che nel periodo intercorrente tra la data di effetto della Polizza (es. 31.12.2016) e la data di pagamento del Premio di adesione alla Polizza stessa (es. entro il 28.02.2017) non siano già state avanzate nei confronti dell'Assicurato richieste di risarcimento;
- altrimenti la garanzia avrà inizio dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Qualora in funzione di quanto disposto nella presente Polizza il Premio dovuto dall'Assicurato coincida con l'intero Premio Annuo Lordo – senza applicazione dunque di eventuali ratei pro rata - è facoltà dell'Assicurato stesso chiedere il frazionamento semestrale

del premio tramite specifica indicazione da apporre al momento di compilazione del Modulo di Proposta.

Art. 6 - MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA E PAGAMENTO DEL PREMIO

Per l'adesione alla presente Polizza il Contraente mette a disposizione degli Assicurati una procedura attraverso la quale il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazioni, l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy), il Modulo di Proposta e il Fascicolo Informativo.

L'Assicurazione si intende valida sempre che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Proposta e che risulti in regola con il versamento del premio nei termini dovuti.

Il Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa:

- avranno decorrenza alle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Proposta a condizione che il relativo premio sia stato versato entro l'ultimo giorno del mese stesso;
- sarà automaticamente rinnovata per periodo di 12 mesi, fino ad un massimo di 36 mesi complessivi, salvo disdetta dell'Assicurato da inviarsi all'Assicuratore almeno 90 giorni prima della scadenza annuale.

Il Certificato di Assicurazione, su esplicita richiesta dell'Assicurato, potrà decorrere dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese precedente a quello di compilazione del Modulo di Proposta ma la copertura assicurativa avrà in ogni caso effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Limitatamente alle adesioni avvenute entro la fine del secondo mese successivo a quello di decorrenza della presente Polizza, il Certificato di Assicurazione e così anche la copertura assicurativa avranno decorrenza dalle ore 24:00 del giorno di effetto della Polizza stessa a condizione che sussistano i presupposti indicati all'Articolo 5 che precede.

Nel caso in cui la data di decorrenza della garanzia non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il premio dovuto è determinato in ragione del rateo mensile di 1/12 (un dodicesimo) del premio per ogni mese o frazione di esso, con il minimo del 25% del premio annuo.

Alla scadenza del Periodo di Assicurazione l'Assicurato potrà versare il premio annuo entro le ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno successivo alla scadenza di tale Periodo di Assicurazione. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è richiesta compilazione del Modulo di Proposta.

Art. 7 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato e sono pari a :

- RC professionale 22,25% del Premio imponibile

- Tutela Legale 21,25 % del Premio imponibile
- Infortuni 2,5% del Premio imponibile

Art. 8 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Art. 9 - DISTRIBUZIONE E GESTIONE DEL CONTRATTO

Con la sottoscrizione della presente Polizza il Contraente, anche per conto degli Assicurati, conferisce all'Intermediario il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- a) ogni comunicazione fatta all'Intermediario dalla Società sarà considerata come fatta al Contraente e/o all'Assicurato;
- b) ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente e/o all'Assicurato.

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite l'Intermediario, pertanto il pagamento del premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'Art. 118 del D.lgs 209/2005.

Art. 10 - FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 90° (novantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni solo ed esclusivamente qualora il **numero di denunce complessivamente inviate e che abbiano generato sinistri ai sensi di Polizza superi la soglia del 7% (sette-percento) del numero di soggetti Assicurati.**

In caso di recesso il Contraente si impegna a non fare sottoscrivere ulteriori Moduli di Proposta che abbiano decorrenza successiva alla data di ricezione della manifestazione del recesso.

È peraltro convenuto che la durata della copertura nei confronti di ciascun Assicurato, relativamente alle adesioni decorse prima della data di recesso, è garantita sino alla scadenza relativa al Periodo di Assicurazione per il quale è stato pagato il relativo premio, senza possibilità di proroga.

Resta altresì inteso tra le Parti che la Società non potrà recedere da un singolo Certificato di Assicurazione se non a fronte del ricevimento, da parte dell'Assicurato titolare del Certificato di Assicurazione, di un numero di denunce che abbiano generato sinistri ai sensi di Polizza superiori a 2 (due).

L'Assicurato che abbia denunciato fino ad un massimo di 3 sinistri (non sono da contare i primi 4 sinistri ricevuti da soggetti che rivestano la qualifica di Direttore di Struttura

Complessa solo ed esclusivamente nel caso in cui gli stessi non abbiano preso parte alle prestazioni sanitarie e che non abbiano mai avuto contatti diretti con il paziente) potrà avanzare alla Società, entro il termine in cui avrà effetto il recesso, formale manifestazione di volontà di proseguire nel rapporto contrattuale a fronte dell'incremento del 100% della tariffa inizialmente corrisposta e del contestuale inserimento di una Franchigia per Sinistro di € 20.000.

Per i soggetti che abbiano invece denunciato più di 3 sinistri l'assunzione e la relativa tariffa sono riservati alla Direzione della Compagnia.

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 11 – COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 12 – RECESSO PER RIPENSAMENTO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

L'Assicurato ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di Recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione per raccomandata A/R all'Assicuratore e/o anche per il tramite dell'Intermediario. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione, da parte dell'Assicurato, della Polizza stipulata.

SEZIONE I

Polizza di Responsabilità Civile Professionale Per Colpa Grave

Ad integrazione di quanto previsto alla Sezione “Definizioni” che precede, valida per tutte le Sezioni della presente Polizza, le Parti convengono che anche le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e - limitatamente alla garanzia assicurativa prestata dalla presente Sezione I - valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto:

Sinistro: la richiesta di risarcimento inviata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Richiesta di risarcimento:

- a. la richiesta rivolta direttamente all'Assicurato o solidalmente con la struttura sanitaria pubblica solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 che segue;
- b. le comunicazioni dell'Amministrazione all'Assicurato circa richieste di risarcimento ricevute dalla stessa che nominativamente lo riguardino solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 che segue;
- c. qualsiasi comunicazione dell'Autorità Giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 che segue;
- d. l'azione di rivalsa della Struttura Sanitaria pubblica verso l'Assicurato esperita a seguito di condanna della Corte dei Conti;
- e. l'azione di surrogazione della Compagnia della Struttura Sanitaria Pubblica verso l'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 che segue;
- f. la domanda riparatoria avanzata dalla Corte dei Conti.

ART. 1 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE (CLAIMS MADE) - RETROATTIVITÀ

La presente assicurazione è prestata nella forma “*claims made*”, ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato, durante il Periodo di Assicurazione in corso, e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima del Periodo di Retroattività.

ART. 2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale stabilito, si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile per danni corporali e/o materiali cagionati a terzi, inclusi i pazienti, in conseguenza di fatti o omissioni compiuti durante lo svolgimento dell'attività professionale, inclusa l'attività intramoenia, purché e limitatamente ai soli casi in cui all'Assicurato possa essere addebitata una Responsabilità per Colpa Grave a seguito di:

1. richiesta di risarcimento rivolta direttamente all'Assicurato in via esclusiva o solidalmente con l'Azienda Sanitaria qualora:

a. l'Azienda di appartenenza formalizzi all'Assicurato che a seguito di attività istruttoria eseguita dall'Azienda stessa e/o dal suo assicuratore emergano chiari elementi di colpa grave imputabile all'Assicurato stesso e che gli stessi risultino formalmente evidenziati nella documentazione redatta in occasione dell'attività istruttoria svolta e comunque certificati da puntuale relazione medico-legale.

In tal caso la Società avrà diritto di disporre di tutta la documentazione prodotta in occasione dell'istruttoria del sinistro ed, entro i 90 giorni successivi alla ricezione della completa documentazione di cui sopra, la Società avrà l'obbligo di formalizzare all'Assicurato:

- i. se intende essa stessa assumere, in nome e per conto dell'Assicurato, la gestione del sinistro per la quale la Società si riserva di confrontarsi direttamente con il Comitato di Valutazione dei Sinistri partecipando così, previa disponibilità confermata in tal senso da parte del Comitato di Valutazione dei Sinistri, alla condivisione - anche in accordo con l'ufficio responsabile della gestione dei sinistri della Azienda di appartenenza - della più corretta strategia di gestione del sinistro. Resta convenuto tra le Parti che l'eventuale opportunità di definizione stragiudiziale del sinistro, per quanto alla quota di responsabilità personalmente imputabile all'Assicurato per colpa grave, rimane esclusiva ed insindacabile facoltà della Società;
- ii. se la medesima Società ritiene di confutare quanto addebitato a carico dell'Assicurato ed, in tal caso, procederà in nome e per conto dell'Assicurato stesso riscontrando formalmente la comunicazione ricevuta dall'Assicurato di cui alla lettera b. che precede;

- b. elementi di colpa grave a carico dell'Assicurato emergano da una pronuncia, anche solo provvisoriamente esecutiva, di una Giurisdizione civile o penale, ordinaria o contabile ovvero in occasione del tentativo di conciliazione nell'ambito di un procedimento ex art. 696 bis c.p.c., o di eventuali altri strumenti analoghi fossero introdotti dall'ordinamento. La garanzia sarà operante, fermo il diritto di surroga da parte della Società di cui al successivo Art. 10, al ricorrere della seguente condizione:
 - i. che l'Ente di appartenenza dichiari per iscritto all'Assicurato di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'Assicurato dovrà formulare all'Ente di appartenenza una richiesta scritta di manleva. Ove la struttura non dia riscontro entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta, il silenzio sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'Assicurato. Resta inteso tra le Parti che anche il mancato adempimento da parte dell'Ente di appartenenza entro i 45 giorni successivi alla eventuale conferma di manleva sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto da parte dell'Ente di appartenenza di manlevare l'Assicurato.
- 2. azione di rivalsa e/o surrogazione esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei confronti dell'Assicurato in caso di colpa grave accertata con sentenza della Corte dei Conti.
- 3. azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria a fronte dell'emersione di elementi di colpa grave in sede istruttoria, conciliativa, inquirente, requirente ovvero in ogni ambito giurisdizionale accertati a seguito di sentenza della Corte dei Conti o di altra giurisdizione a ciò eventualmente titolata. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite da sentenze a titolo di danno all'immagine dell'Ente e della Pubblica Amministrazione in genere.

L'assicurazione è riferita a tutte le attività demandate all'Assicurato nell'esercizio di attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico indicata nella Scheda di Polizza, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria; in tale ipotesi la copertura è altresì estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito, per ciascun Sinistro di un importo pari ad Euro 1.000.000,00 (unmilione/00). Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per

incarico/convenzione del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale, salvo il caso di cui al paragrafo che precede.

Resta altresì inteso tra le Parti che è nella libera facoltà delle stesse definire eventuali integrazioni migliorative, integrative e/o considerare ulteriori profili di rischio rispetto a quanto già coperto dalla presente Polizza, nell'ambito della libera determinazione delle parti contraenti sia per quanto alle condizioni necessarie che alla relativa modalità operativa.

I contenuti della presente polizza potranno altresì essere adeguati, previo accordo tra le Parti, a discipline anche tecniche sopravvenute.

L'Assicurato, attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'Assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'azienda di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto anche in forza del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale che impegna la responsabilità del dipendente nei confronti del proprio Ente di Appartenenza esclusivamente ai casi di dolo e colpa grave.

ART. 3 - NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”

Il termine “terzo” o “terzi” sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a) il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b) i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

ART. 4 - ESCLUSIONI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma “*claims made*”, quale temporalmente delimitata dalla presente polizza, sono esclusi:

- le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori;
- le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione;
- i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

Sono parimenti escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a) riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale/Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici;
- b) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- d) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- e) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 7 della presente Sezione;
- f) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- i) relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- j) relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- k) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- l) conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- m) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle

atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;

- n) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;
- o) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra professionista sanitario e paziente;
- p) che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore di struttura, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- q) Derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze, o abusi sessuali e similari violazioni di diritti della persona;
- r) Derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

ART. 5 - RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'assicurato, ex art. 2 della presente Sezione, l'assicuratore risponde per il massimo della quota di pertinenza dell'assicurato entro il limite del massimale dalla presente polizza, salvo possibile successiva rivalsa nei confronti dei coobbligati ad uguale titolo.

ART. 6 - CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Il contenuto del presente articolo si intende operativo, limitatamente al Periodo di Assicurazione in corso, anche a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili.

ART. 7 - VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, Messico e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

ART. 8 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Società in forma scritta, anche con modalità telematiche, che abbia ricevuta di ricevimento, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, ogni Richiesta di Risarcimento che abbia ricevuto in forma certa. L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di Sinistro può comportare la perdita del diritto all'indennità ovvero la riduzione dell'indennizzo liquidabile secondo quanto previsto dall'art. 1915 c.c.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, nonché ogni altra notizia utile per l'Assicuratore il quale ha pieno diritto e facoltà di richiedere all'Assicurato qualunque successiva integrazione ritenuta necessaria per la tutela dei diritti e degli interessi delle Parti. Si richiama quanto indicato all'art. 10 della presente Sezione, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

ART 9 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici di propria scelta e previamente convenzionati ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicuratore risponde, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Polizza ma entro il limite di 1/4 del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, eccezion fatta per la tutela legale di cui alla

sezione seconda del presente atto di vincolo e limitatamente alla disciplina e alle condizioni ivi previste.

ART. 10 – SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili compreso il proprio Ente di appartenenza per effetto del mancato rispetto, da parte di quest'ultimo, dei propri obblighi di manleva nei confronti dell'Assicurato. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

ART. 11 - MASSIMALI DI ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei massimali stabiliti qui di seguito e/o a quanto indicato nella Scheda di Polizza, indicati nella misura minima come segue:

Massimale per sinistro/sinistro in serie : come indicato nella Scheda di Polizza

Massimale per anno: come indicato nella Scheda di Polizza

SEZIONE II

Polizza Tutela Legale

Ad integrazione di quanto previsto alla Sezione “Definizioni” che precede, valida per tutte le Sezioni della presente Polizza, le Parti convengono che anche le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e - limitatamente alla garanzia assicurativa prestata dalla presente Sezione II - valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto:

Archiviazione: Il decreto emesso dal giudice delle indagini preliminari che stabilisce che gli elementi indiziari acquisiti nel corso delle indagini preliminari non sono idonei a sostenere l'accusa in giudizio.

Assoluzione: E' un provvedimento che il giudice penale pronuncia o in fase di istruttoria o in seguito a dibattimento e che determina il proscioglimento dell'imputato dal reato di cui è accusato.

Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU): L'ausiliario del giudice che risponde in maniera puntuale e precisa ai quesiti che il giudice formula nell'udienza di conferimento dell'incarico e ne relaziona i risultati nell'elaborato peritale, ossia la consulenza tecnica d'ufficio.

Consulente Tecnico di Parte (CTP): Il libero professionista al quale una parte in causa conferisce un incarico peritale, in quanto ritiene l'incaricato esperto in uno specifico settore

Contravvenzione: E' un reato (vedi alla voce Reati). Nelle contravvenzioni non si considera l'elemento psicologico e cioè la volontarietà di chi lo ha commesso: per la legge è irrilevante se il fatto è stato commesso volontariamente o involontariamente. Le contravvenzioni sono punite con l'arresto e/o l'ammenda.

Delitto: E' un reato (vedi alla voce Reati) più grave della contravvenzione, che può essere commesso volontariamente o involontariamente. Più esattamente si definisce:

- colposo se viene commesso involontariamente e cioè per negligenza, imprudenza o imperizia;
- preterintenzionale se le conseguenze sono più gravi di quelle previste e volute;
- doloso se viene commesso volontariamente e con la consapevolezza di commettere un delitto. Il delitto è punito con la multa o la reclusione.

Derubricazione di reato: La qualificazione giuridica del reato diversa e meno grave da quella inizialmente enunciata nell'imputazione (per esempio da reato doloso a colposo)

Fatto Illecito: Qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico,

fuori delle ipotesi di inadempimento contrattuale. L'illecito è quindi civile, se consiste nella violazione della legge civile, penale se in violazione di norme penali, amministrativo se contrario alle norme stabilite per il funzionamento della Pubblica Amministrazione

Insorgenza: Il momento nel quale si verifica la violazione di una norma di legge o di contratto l'insorgenza non è il momento nel quale inizia la controversia o il procedimento, ma quello in cui si verifica il fatto che determina il procedimento stesso. Più specificamente è:

- nel penale: il momento in cui viene commesso il reato
- nell'extracontrattuale: il momento in cui si verifica l'evento dannoso
- negli altri casi: il momento in cui una delle parti ha posto in essere il primo comportamento in violazione di norme o di clausole contrattuali.

Notifica: Attraverso la notifica si porta a conoscenza di un soggetto un determinato documento o atto processuale

Notizia di reato: L'informazione che un reato sarebbe stato commesso; è iscritta dal pubblico ministero nel registro delle notizie di reato e da inizio alla decorrenza dei termini ordinari per lo svolgimento delle indagini.

Patteggiamento: Istituto del diritto processuale italiano in base al quale l'imputato ed il pubblico ministero possono chiedere al giudice l'applicazione di una determinata pena.

Prescrizione: E' un istituto giuridico che concerne gli effetti giuridici del trascorrere del tempo. Essa ha valenza civile e penale. Nel diritto civile indica quel fenomeno che porta all'estinzione di un diritto soggettivo non esercitato dal titolare per un periodo di tempo indicato dalla legge. In diritto penale determina l'estinzione di un reato a seguito del trascorrere di un determinato periodo di tempo.

Procedimento Penale: È un procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona mediante Informazione di Garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata e il titolo (colposo, preterintenzionale o doloso). Per la garanzia di polizza rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).

Reato: Violazione della legge penale. I reati si distinguono in contravvenzioni e delitti (vedi alle voci relative) a seconda del tipo di pena prevista dalla legge.

Sentenza passata in giudicato: È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun

giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza

Sinistro/Caso Assicurativo: Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia e/o il giudizio penale - per il quale è prevista l'assicurazione.

Spese Legali: Onorari e diritti del patrocinatore ai sensi di legge.

Spese di Giustizia: Spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e che a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifondere.

Spese Peritali: Somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalla parte (Consulenti Tecnici di Parte).

Tutela Legale: L'assicurazione di Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. 209/2005 - artt. 163/4 e 173/4 e correlate.

ART. 1 – OGGETTO DELLA COPERTURA

La Società alle condizioni della presente polizza, nei limiti del massimale convenuto e limitatamente alle attività professionali, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, per i sinistri relativi ai casi come definiti dall'art. 2 della presente sezione.

Tali oneri sono:

- a) le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione contenziosa del sinistro, anche quando la vertenza venga trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- b) le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata dalla Società;
- c) le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con la Società;
- d) le spese processuali nel processo penale (Art. 535 Codice di Procedura Penale);
- e) le spese di giustizia;
- f) Il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9, al D.L. 11 marzo 2002 n. 28 e s.m.i.), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;
- g) le spese per la registrazione degli atti giudiziari (la registrazione delle sentenze, anche nel caso in cui la parte soccombente non adempia; in tal caso la Società effettuerà il recupero mediante il diritto di surroga);

- h) le spese per indagini per la ricerca di prove a difesa; tale attività può essere svolta sia in fase stragiudiziale sia in fase giudiziale;
- i) le spese sostenute dal contraente/assicurato per la costituzione di parte civile della controparte, nell'ambito del procedimento penale;
- j) le spese di domiciliazione necessarie, esclusa ogni duplicazione di onorari e le indennità di trasferta;
- k) le spese dell'arbitro sostenute dall'Assicurato per la decisione di controversie previste dalla polizza.

E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio. Sono inoltre garantite le spese per un ulteriore legale, qualora l'evento assicurato abbia dato origine sia ad un procedimento in sede penale che ad un procedimento in sede civile.

Sono oggetto della presente assicurazione i compensi forensi basati sui parametri ministeriali minimi disciplinati dal DM 55/2014 recante: "Determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense ai sensi dell'art. 13 comma 6 della legge 31 dicembre 2012 n. 247" e successive modificazioni.

Resta altresì inteso tra le Parti che, qualora l'Assicurato conferisca incarico a fiduciari previamente convenzionati dalla Società, il Massimale reso complessivamente disponibile risulterà di fatto riparametrato a beneficio dell'Assicurato stesso trovando infatti applicazione, a seguito di accordo tra la Società ed i fiduciari convenzionati, anche espressa deroga rispetto ai parametri ministeriali minimi disciplinati dal DM 55/2014 di cui sopra.

Sono espressamente esclusi i compensi derivanti da accordi scritti avvocato-cliente. La società non si assume il pagamento di:

- multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).

ART. 2 – AMBITO DI OPERATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

1. L'Assicurazione vale per i Sinistri relativi a:

a) Ambito Penale

- i. Difesa penale per delitti colposi e contravvenzioni;
- ii. Difesa penale per delitti dolosi, purché gli Assicurati vengano assolti (art. 530 comma 1, c.p.p.) con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della Notizia di Reato e della notifica dell'Informazione di Garanzia, nei casi di presentazione spontanea (art. 347 c.p.p.), di invito a presentarsi (art. 375 c.p.p.) e di accompagnamento coattivo (art. 376 c.p.p.).

b) Ambito amministrativo e contabile

- i. Difesa prestata davanti all'Ordine Professionale in procedimenti disciplinari promossi dall'Ordine in conseguenza di imputazioni penali, a condizione che il ricorso/opposizione sia integralmente accolto.
- ii. Controversie promosse dalla Procura della Corte dei Conti anche in ogni fase e grado del successivo eventuale giudizio.

c) Ambito Civile

Richiesta di risarcimento danni avanti a un Tribunale civile ovvero a un organismo di mediazione, per l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persona, ovvero anche in caso di costituzione di parte civile nell'ambito del procedimento penale a carico della controparte. Richiesta di accertamento tecnico preventivo anche nella forma di cui all'art. 696 bis del codice civile.

ART. 3 – FORMA DELL'ASSICURAZIONE – RETROATTIVITÀ (INSORGENZA DEL CASO ASSICURATIVO)

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia intesa a tutelare l'Assicurato in seguito a notifiche penali e amministrative da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione e purché accaduti entro il Periodo di Retroattività indicato nella Scheda di Polizza.

In caso di Rinnovo sono altresì coperte le notifiche penali ed amministrative ricevute durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di fatti, errori od omissioni accaduti o commessi:

- a) Nei Periodi di Assicurazione precedenti;
- b) Nel Periodo di Retroattività calcolato in base alla data di effetto della presente Polizza.

In ogni caso il regime contrattuale che regola il fatto è quello contenuto nelle clausole della Polizza in corso al momento della denuncia del Sinistro.

L'assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute

nel Modulo di Proposta che forma parte integrante della presente Polizza.

Per le azioni dell'Assicurato dirette al recupero di Danni subiti per fatti illeciti di terzi, l'evento che ha generato il presunto diritto al risarcimento del danno deve essere avvenuto durante il Periodo di Assicurazione in corso.

L'Assicurazione non opera per fatti/atti ed omissioni, antecedenti la data di effetto del Periodo di Assicurazione, che fossero già noti all'Assicurato al momento della stipula del contratto.

ART. 4 – DENUNCIA DI SINISTRO

Fermo quanto stabilito al successivo art. 6 della presente Sezione, qualora l'Assicurato abbia sottoscritto una precedente polizza di Tutela Legale che preveda la denuncia dei sinistri entro l'anno/i successivo/i alla cessazione della stessa, l'Assicurato si impegna a denunciare agli Assicuratori presso cui ha stipulato la polizza precedente i sinistri la cui insorgenza sia anteriore al periodo di durata della presente Assicurazione, ferma restando l'operatività della stessa in caso di inoperatività totale o parziale della precedente polizza.

Qualora l'Assicurato abbia già effettuato una delle comunicazioni di cui all'art. 8 – Sez. I, gli incumbenti di cui al presente articolo hanno rilievo al solo fine di utilizzare la copertura assicurativa della tutela legale.

Nel caso in cui l'indicazione del legale alla Società non sia stata preceduta da alcuna diversa comunicazione, tale adempimento produce anche l'effetto di attivazione della polizza di responsabilità civile professionale e/o patrimoniale, salva la facoltà della Società di richiedere all'Assicurato le opportune integrazioni.

Art. 5 - GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO

Ricevuta la denuncia, previa valutazione delle possibilità di far valere con successo le ragioni dell'Assicurato, la Società gestisce, anche attraverso legali di propria scelta e convenzionati, la trattazione stragiudiziale della vertenza, comprensiva dell'assistenza del legale avanti al mediatore qualora la mediazione riguardi una delle materie elencate all'art. 2 - Insorgenza del Sinistro Ambito di Operatività dell'Assicurazione.

Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione della controversia non si concludano con esito positivo, la gestione della vertenza viene quindi affidata al Legale scelto nei termini dell'Art. 6 per la trattazione giudiziale, anche per ogni grado successivo di procedimento qualora l'impugnazione presenti possibilità di successo.

E' necessario, pena la decadenza della garanzia, che la Società confermi preventivamente la copertura delle spese per:

- la transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale e

- la nomina di Consulenti Tecnici di Parte.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione del Sinistro tra l'Assicurato e la Società, qualora l'Assicurato intenda adire le vie giudiziarie, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione obbligatoria, previsto dal D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche.

ART. 6 - LIBERA SCELTA DEL LEGALE

Limitatamente alla fase giudiziale l'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto:

- a) presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia,
- b) presso il foro del proprio luogo di residenza o della struttura presso la quale si è verificato l'evento.

Nel caso di scelta di cui al punto b) ove sia necessario per il legale incaricato domiciliarsi, la Società fornisce a quest'ultimo il nominativo del legale domiciliatario e assicura la copertura delle spese di domiciliazione

Se l'Assicurato non fornisce in forma scritta l'indicazione del legale di fiducia entro 15 giorni dalla prima comunicazione della lite in fase giudiziale, la Società procede a nominarne uno proprio, al quale anche l'Assicurato può comunque conferire mandato. La scelta di un legale di fiducia dell'Assicurato ricevuta dalla Società oltre il suddetto termine di 15 gg rimane a carico del soggetto che lo ha indicato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società.

Nel caso dell'eventuale fase giudiziale di appello il mandato può essere conferito al legale del giudizio di primo grado qualora quest'ultimo sia titolare dei requisiti previsti dalla legge. In mancanza di tali requisiti, il mandato può essere conferito ad altro legale del Distretto di primo grado o del Distretto di appello.

In ogni caso la Società corrisponde le spese di domiciliazione necessarie, esclusa ogni duplicazione di onorari e le indennità di trasferta.

La Società non è responsabile dell'operato dei Legali.

ART. 7 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. I patti quota lite o gli accordi conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscono compensi professionali;
2. Qualsiasi tipo di risarcimento/indennizzo per le parti che non siano espressamente previste dal contratto, e che non sono comunque parte della

copertura di Tutela Legale, ivi compresa ogni "provvisionale" di cui alla condanna nel procedimento penale;

3. I Sinistri avvenuti fuori dal Periodo di Assicurazione per quanto attiene le controversie promosse dall'Assicurato;
4. Per quanto riguarda le controversie subite dall'Assicurato, quelle i cui accadimenti sono avvenuti fuori dal Periodo di Assicurazione e dal periodo di retroattività previsto;
5. I fatti noti, nel caso in cui potessero essere validamente notificati ai precedenti Assicuratori;
6. Per fatti non accidentali relativi a danni inquinamento dell'ambiente, atomico, radioattivo;
7. Le controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli a motore, imbarcazioni o aeromobili;
8. Le controversie o procedimenti relativi a responsabilità e/o comportamenti assunti al di fuori dell'ambito lavorativo e del ruolo di dipendente di Ente Pubblico di cui all'oggetto del presente contratto, e comunque non direttamente conseguenti all'espletamento delle funzioni previste;
9. Le controversie e procedimenti conseguenti a atti di guerra, occupazione militare, invasione, insurrezione, tumulti popolari, terrorismo e sabotaggio organizzato, da chiunque provocati;
10. Le controversie in materia fiscale/tributaria;
11. Le controversie e procedimenti riguardanti il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere irrogate direttamente all'Assicurato;
12. I fatti dolosi delle persone assicurate;
13. In caso di esercizio abusivo della professione;
14. Le vertenze contrattuali con l'Assicuratore
15. Le vertenze concernenti la materia delle successioni e delle donazioni;
16. Le vertenze concernenti diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva, concorrenza sleale, rapporto tra soci e/o amministratori.

ART. 8 – FACOLTÀ DI RIVALSA E SURROGA

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Alla Società, che ha facoltà di rivalsa nei confronti dell'assicurato limitatamente a quanto previsto nel presente articolo, spettano la restituzione degli onorari, delle competenze e delle spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente o stragiudizialmente, qualora le abbia sostenute o anticipate, nella misura in cui le stesse siano state recuperate

dalla controparte.

In ogni caso l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile, cede alla Società tutti i diritti a conseguire da terzi il rimborso delle spese sostenute a qualsiasi titolo, acconsentendo altresì all'esercizio delle relative azioni.

L'Assicurato cede alla Società tutti i diritti a conseguire dal proprio datore di lavoro, o da altri soggetti comunque obbligati in virtù di norme di legge o di contratto, il rimborso delle spese sostenute per la difesa in giudizio acconsentendo altresì all'esercizio delle relative azioni.

ART. 9 - MASSIMALI DI ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei massimali minimi stabiliti qui di seguito e/o a quanto indicato nella Scheda di Polizza, nel minimo quantificati come segue:

Massimale per sinistro/sinistro in serie: come indicato nella Scheda di Polizza

Massimale per anno: come indicato nella Scheda di Polizza

SEZIONE III

Responsabilità Civile Professionale Estensione di Garanzia per Colpa Lieve

Ad integrazione di quanto previsto alla Sezione “Definizioni” che precede, valida per tutte le Sezioni della presente Polizza, le Parti convengono che anche le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e - limitatamente alla garanzia assicurativa prestata dalla presente Sezione III che integra quanto disposto alla Sezione I i cui articoli si richiamano integralmente anche per la presente Sezione - valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto:

Sinistro: la richiesta di risarcimento inviata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Richiesta di risarcimento:

- a. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- b. l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione;
- c. la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito “Parte Civile”;
- d. la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

ART. 1 – COLPA LIEVE

La presente garanzia opera solo qualora e fino a quando norme contrattuali collettive prevedano uno specifico obbligo per l'Azienda di tenere indenne l'assicurato da quanto chiamato a rispondere per danni generati a terzi da colpa lieve.

A parziale modifica ed integrazione di quanto disposto all'Art. 2 della Sezione I, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale stabilito, si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in qualità di civilmente responsabile per danni corporali e/o materiali a terzi, inclusi i pazienti, in conseguenza di fatti o omissioni compiuti durante lo svolgimento dell'attività professionale, inclusa l'attività intramoenia, nel caso di richiesta di risarcimento rivolta direttamente all'Assicurato in via esclusiva o solidalmente con l'Azienda Sanitaria anche nel caso in cui si prospetti una semplice colpa lieve dell'Assicurato stesso per le somme che egli sia chiamato a corrispondere e per le quali sia stata avviata azione esecutiva o notificato precetto:

- in occasione del tentativo di conciliazione nell'ambito di un procedimento ex art. 696 bis c.p.c., dell'esito di mediazione omologata ed avente valore di titolo esecutivo o di eventuali altri strumenti analoghi che dovessero essere in futuro introdotti dall'ordinamento;
- a seguito di una pronuncia, anche solo provvisoriamente esecutiva, di una Giurisdizione civile o penale od ordinaria;
- a seguito di azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei confronti dell'Assicurato.

Anche in tali casi l'Assicuratore è surrogato nei diritti dell'assicurato, derivanti da norme contrattuali collettive, nei confronti dell'Azienda Sanitaria.

La garanzia sarà operante, fermo il diritto di surroga da parte della Società di cui al successivo Art. 2, al ricorrere della seguente condizione:

- i. che l'Ente di appartenenza dichiara per iscritto all'Assicurato di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'Assicurato dovrà formulare all'Ente di appartenenza una richiesta scritta di manleva. Ove la struttura non dia riscontro entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta, il silenzio sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'Assicurato. Resta inteso tra le Parti che anche il mancato adempimento da parte dell'Ente di appartenenza entro i 45 giorni successivi alla eventuale conferma di manleva sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto da parte dell'Ente di appartenenza di manlevare l'Assicurato.

ART. 2 – SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili compreso il proprio Ente di appartenenza per effetto del mancato rispetto, da parte di quest'ultimo, dei propri obblighi di manleva nei confronti dell'Assicurato. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

SEZIONE IV

Responsabilità Amministrativa e Contabile (Facoltativa)

Ad integrazione di quanto previsto alla Sezione “Definizioni” che precede, valida per tutte le Sezioni della presente Polizza, le Parti convengono che anche le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e - limitatamente alla garanzia assicurativa prestata dalla presente Sezione IV - valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto:

Danno: qualsiasi pregiudizio subito da terzi, suscettibile di valutazione economica.

Danno Erariale: il Danno pubblico subito dall'erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.

Danno Materiale: il pregiudizio economico subito da terzi conseguente a danneggiamento di cose od animali, lesioni personali, morte.

Massimale: la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Richiesta di Risarcimento: quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale la Pubblica Amministrazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

Sinistro: la Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa è prestata per la responsabilità derivante all'Assicurato per danni patrimoniali cagionati a terzi in conseguenza di atti, fatti o omissioni di cui debba rispondere ai sensi di legge nell'esercizio dell'incarico, funzione e/o carica ricoperta presso l'Ente/Azienda di appartenenza, compresi i fatti dolosi e colposi commessi da persone di cui

l'Assicurato debba rispondere ai sensi di legge.

Sono comprese:

- a) la responsabilità amministrativa e contabile per danni patrimoniali cagionati all'Ente di appartenenza, allo Stato, alla Pubblica Amministrazione in genere, in conseguenza di atti, fatti od omissioni di cui debba rispondere a norma di legge e per effetto di decisioni della Corte dei Conti, nell'esercizio delle sue mansioni, incarichi, funzioni e/o cariche istituzionali, nonché in conseguenza dell'attività di gestione di valori e beni appartenenti alla Pubblica Amministrazione in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari;
- b) le somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare per effetto di decisioni di qualunque organo di giustizia civile o amministrativa dello Stato, e quindi le perdite patrimoniali cagionate a terzi in relazione a atti, fatti o omissioni commessi con colpa grave;
- c) le perdite patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina.

La garanzia assicurativa si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere in modo esclusivo, sia per quelli di cui sia solidalmente responsabile, limitatamente, in tale ultimo caso, alla quota di sua diretta pertinenza.

ART. 2 - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Le parti convengono che l'Assicurazione è operante in caso di:

- a) acquisizione di una o più nuove Cariche, sia presso il medesimo Ente di Appartenenza che presso altra Pubblica Amministrazione, in aggiunta alla/e Carica/Cariche già ricoperta/e;
- b) variazione di una o più Cariche, ovvero acquisizione di una o più nuove Cariche, sia presso il medesimo Ente di Appartenenza che presso altra Pubblica Amministrazione, in sostituzione alla/e Carica/Cariche già ricoperta/e;
- c) cessazione di una o più Cariche già ricoperta/e presso l'Ente di Appartenenza, se l'Assicurato conserva ancora almeno una Carica sia presso il medesimo Ente di Appartenenza che presso altra Pubblica Amministrazione.

L'Assicurato deve informare gli Assicuratori per iscritto della variazione di rischio, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data in cui è intervenuta la variazione medesima, l'Assicurazione è operante dalla data in cui è intervenuta la variazione del rischio; diversamente, in caso di comunicazione tardiva, l'Assicurazione è operante dalle ore 24,00 della data di ricezione da parte dell'assicuratore.

L'eventuale adeguamento del Premio, in aumento o diminuzione, è effettuato alla prima scadenza annuale successiva alla variazione di rischio.

ART. 3 – DISTACCAMENTO PRESSO ENTE DIVERSO.

Nel caso di distacco o comando temporaneo dell'Assicurato presso un Ente diverso da quello per il quale l'Assicurato stesso presta servizio al momento dell'adesione alla presente copertura, l'Assicurazione s'intende automaticamente operante dalla data dell'assegnazione.

L'assicurazione esplica la sua efficacia nell'ambito della normativa vigente in materia di distacco del dipendente pubblico (a titolo esemplificativo e non limitativo Dpr 3/1957, Art.56 e ss.mm.ed.ii.)

ART. 4 – PERIODO DI EFFICACIA DELLA GARANZIA (FORMA CLAIMS MADE)

La copertura assicurativa è operante per fatti, atti od omissioni verificatisi o posti in essere durante il periodo di durata della corrispondente copertura assicurativa o nel periodo immediatamente antecedente la sua decorrenza secondo quanto indicato nella corrispondente Scheda di Polizza (efficacia retroattiva) o dei quali l'Assicurato abbia avuto formale notizia per la prima volta e ne abbia fatto denuncia all'Assicuratore nel periodo di durata del contratto o nel periodo immediatamente successivo alla sua scadenza o corrente dalla cessazione della funzione svolta se tale cessazione si verifica prima della scadenza contrattuale, secondo quanto indicato nella corrispondente Scheda di Polizza (efficacia ultrattiva).

Il periodo di efficacia ultrattiva cesserà immediatamente nel caso in cui l'Assicurato stipuli durante tale periodo analoga copertura assicurativa a garanzia degli stessi rischi.

In caso di decesso dell'Assicurato le facoltà, gli obblighi e i diritti dello stesso si trasferiscono ai suoi eredi.

ART. 5 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

- a) conseguenti a dolo dell'Assicurato;
- b) connessi o conseguenti a lesioni personali, morte e danneggiamento di cose per tutti gli assicurati diversi dai "dipendenti tecnici" nell'esercizio delle loro attività professionali;
- c) Qualora l'ente eserciti l'attività sanitaria s'intende operante la seguente esclusione:
danni e perdite patrimoniali derivanti da responsabilità professionale nello svolgimento dell'attività diagnostica, terapeutica, profilassi e di sperimentazione sui pazienti umani e veterinaria fermo restando la copertura della responsabilità amministrativa di cui all'art. 4 della presente Sezione e derivante da errori ed

omissioni negli atti certificativi o autorizzativi di pertinenza del personale medico e/o sanitario;

- d) derivanti da o attribuibili ad investimenti operati da Enti Pubblici o Società di Capitali a partecipazione pubblica per ripianare deficit finanziari da spese correnti;
- e) provocati da inquinamento graduale dell'aria, dell'acqua e del suolo;
- f) conseguenti a detenzione ed impiego di sostanze radioattive e comunque connessi con fenomeni di trasmutazioni del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) connessi o conseguenti alla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, o alla navigazione di natanti a motore, per i quali sia obbligatoria l'assicurazione in conformità alle norme del Codice delle Assicurazioni Private di cui al D. Lgs. n. 209/2005 (Titolo X artt. 122 e segg.) e successive modificazioni e integrazioni, o da impiego di aeromobili;
- h) connessi o conseguenti alla stipulazione e/o mancata stipulazione e/o modifica di assicurazioni nonché al mancato e/o tardivo pagamento di premi assicurativi;
- i) connessi o conseguenti a qualsiasi perdita, danno o spesa di qualsiasi natura che sia direttamente o indirettamente causata da, risultante da o collegata ai seguenti atti, indifferentemente da qualsiasi altro evento o causa che potrebbe contribuire, contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza, alla perdita:
 - 1) guerra, invasione, operazioni belliche o atti simili provenienti da nemici stranieri (sia che la guerra sia stata dichiarata, sia che la guerra non sia stata dichiarata), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulti civili che assumono proporzione di insurrezione, potere militare o usurpazione di potere;
 - 2) qualsiasi atto di terrorismo intendendo per tale un atto, che include o meno l'uso della forza o la violenza o la minaccia di esse, commesso da parte di qualsiasi persona o gruppo di persone che, sulla base di scopi religiosi, ideologici, politici o simili, venga compiuto anche comprendendo l'intento di influenzare i governi e/o mettere in condizioni di timore l'opinione pubblica o parte di essa. In aggiunta gli esecutori di attività terroristica possono sia agire da soli, per conto di, in collegamento con organizzazione/i o Governo/i.

Si esclude qualsiasi perdita, danno o spesa di qualsiasi natura che sia direttamente o indirettamente causato da, risultante da o collegata ad azioni intraprese per controllo, prevenzione o soppressione degli eventi specificati nei punti (1) e (2).

- j) derivanti dalla presenza e per gli effetti, diretti ed indiretti, di sostanze tossiche di

qualsiasi tipo, ivi compresi: amianto/asbesto, funghi, muffa, micotossine, spore o qualsiasi vapore di natura biologica.

- k) arrecati al coniuge, ai genitori, ai figli, a qualsiasi parente od affine convivente con l'Assicurato, nonché alle persone giuridiche di cui l'Assicurato stesso sia socio a responsabilità illimitata od amministratore;
- l) connessi o conseguenti all'attività svolta dall'Assicurato quale componente di consigli di amministrazione o collegi sindacali di altri Enti della Pubblica Amministrazione e/o enti privati, salvo che per gli incarichi anche di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Assicurati in rappresentanza dell'Amministrazione di appartenenza, in altri organi collegiali;
- m) connessi o conseguenti a calunnia (art. 368 C. Pen.), ingiuria (art. 594 C. Pen.) e diffamazione (art. 595 C. Pen.), anche se accertate in via incidentale dal giudice civile a norma degli art. 2059 c.c., 185 e 198 C.P.C.;
- n) i danni connessi e/o conseguenti ad atti, fatti od omissioni, che possano comportare richieste di risarcimento, dei quali l'Assicurato abbia già avuto formale notizia, segnalazione o anticipazione precedentemente alla data di stipulazione della presente copertura assicurativa;
- o) le sanzioni pecuniarie comminate direttamente all'Assicurato.

ART. 6 - MODALITÀ PER LA DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati per iscritto, anche a mezzo di strumenti telematici, entro il termine di 15 (quindici) giorni da quello in cui l'Assicurato è stato formalmente informato dell'evento dannoso.

La denuncia dovrà contenere una descrizione del fatto, la data, il luogo, l'indicazione delle cause

ART. 7 – GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI

L'Assicuratore assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato con l'assenso dello stesso.

Sono a carico dell'Assicuratore, nei termini dell'art.1917 Codice Civile, le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite pari al quarto del massimale di polizza. L'Assicuratore non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati.

ART. 8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE - FORO COMPETENTE – RAPPORTI TRA CONTRAENTE E ASSICURATORE

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente polizza, si fa rinvio alle disposizioni di legge vigenti in materia. Per le eventuali controversie inerenti la presente polizza è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente.

ART. 9 - TERRITORIALITÀ E GIURISDIZIONE

L'assicurazione riguarda gli eventi che si verificano o i cui effetti debbono essere trattati processualmente in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, nonché nei Paesi membri della Unione Europea.

ART. 10 – MASSIMALE DI GARANZIA

La copertura assicurativa viene prestata fino alla concorrenza dell'importo massimo per sinistro e anno assicurativo indicato nella corrispondente Scheda di Polizza, ivi compreso il periodo di efficacia retroattiva ed ultrattiva della garanzia, indipendentemente dalle richieste di risarcimento presentate dall'Assicurato nello stesso periodo.

Resta convenuto che nel caso di corresponsabilità di più Assicurati appartenenti al medesimo Ente nella determinazione di uno stesso sinistro, intendendo per tali gli eventuali altri soggetti riconducibili allo stesso Ente di appartenenza dell'Assicurato che abbiano contratto polizza per analoghi rischi con il medesimo Assicuratore, l'Assicuratore per tale sinistro è obbligato sino all'importo massimo indicato nella corrispondente Scheda di Polizza, complessivamente fra tutti.

SEZIONE V

Infortunati e Contagio 3Virus

Ad integrazione di quanto previsto alla Sezione “Definizioni” che precede, valida per tutte le Sezioni della presente Polizza, le Parti convengono che anche le definizioni che seguono fanno parte integrante della presente Polizza e - limitatamente alla garanzia assicurativa prestata dalla presente Sezione V - valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto:

Assicurazione Infortuni: L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo e/o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a un infortunio.

Beneficiario: la persona fisica designata dall'assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di Morte dell'assicurato stesso, o i soggetti ai quali spettano le prestazioni assicurate.

Contagio: Evento dovuto a causa esterna improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabili in base alle condizioni di polizza.

Epatite: L'infiammazione del fegato dovuta un contagio a seguito di infezione cronica per Epatite B o Epatite C

Epatite B: Malattia infettiva e cronica, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia Hepadna Viridae, con evidenza riferita a marcatori sierologici

Epatite C: Malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).

Franchigia L'importo indicato nella Scheda di Polizza che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.

Franchigia Assoluta: La franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.

Franchigia Relativa: La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia, l'Assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

HIV: Virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS).

Infortunio: Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente: E' la perdita definitiva e irrimediabile, di capacità funzionale totale o parziale, dell'Assicurato. E' la perdita anatomica o funzionale dell'uso di un organo o di un arto del corpo. E' valutabile sulla base di una tabella di riduzione parziale della capacità

fisica. E' quindi considerata invalidità permanente totale la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'assicurato.

Loss Occurrence: E' una formula assicurativa per la quale vengono accolte le Richieste di indennizzo a seguito di un fatto dannoso verificatosi durante il periodo di validità del contratto di Assicurazione, a prescindere dalla data di denuncia del sinistro, fermi i limiti di legge in tema di prescrizione del diritto.

Massimale di Infortunio: E' la somma massima liquidabile dall'Assicuratore a titolo di indennizzo del danno. In genere è prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nel caso in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Condizioni Preesistenti: Qualsiasi malattia o sintomo, segno o infortunio occorso prima della sottoscrizione di questa polizza assicurativa incluse le anomalie congenite.

Sinistro per Infortunio: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione infortuni

ART. 1 – OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato/Aderente subisca nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza.

L'Assicurazione si intende operante, nei limiti previsti dalle stesse Condizioni di Assicurazione, per gli eventi di:

- Morte per infortunio;
- Invalidità permanente da infortunio
- Contagio da HIV, Epatite B o C (3 virus) in caso di trasfusione sanguinea o nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza ed a seguito di aggressione fisica.

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non espressamente esclusi dal successivo art. 2. anche:

- Asfissia meccanica ivi compreso annegamento
- Assideramento o congelamento
- Avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotti dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere

- Infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza
- Lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali con esito positivo.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non fosse fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana

Art. 2 – PRESTAZIONI ASSICURATIVE E RELATIVE LIMITAZIONI

A) Morte da infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dall'Assicuratore ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

B) Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e si presume ne sia avvenuto il decesso, ma il corpo dell'Assicurato non venga rinvenuto entro 180 giorni dalla scomparsa, o dall'arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/privato non escluso dalle Condizioni di Polizza, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Se dopo il pagamento dell'Indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

C) Invalidità Permanente da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia

da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'infortunio.

A parziale deroga a quanto previsto dal presente articolo, la garanzia è prestata con l'applicazione della seguente franchigia relativa:

non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado uguale o inferiore al 25% (venticinque per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 25% (venticinque per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto senza tenere conto della franchigia.

Tutti i tipi di ernie a seguito di infortunio non sono coperti da questa polizza.

D) Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Limitatamente al solo ambito professionale, l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito in polizza per il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o da Epatite B o C, occorso all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. entro 5 giorni dal presunto contagio;
2. a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;

3. a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2).

Esiti test di cui al punto 1:

Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.

Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite C; verificare la nota qui sotto per l'Epatite B

Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Nota: In caso di Epatite B, i test che devono essere fatti dall'Assicurato dovranno essere sempre e solo 3, e quindi dopo 5 giorni, dopo 2 mesi e dopo 6 mesi. Solamente in caso di esito positivo l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio

Esiti test di cui al punto 3:

Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;

Negativo: l'Assicuratore non procederà ad alcun indennizzo.

ESCLUSIONI:

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti da:

- Condizioni preesistenti;
- Attacchi di cuore e gli incidenti cerebrovascolari;
- Ernie traumatiche e da sforzo;
- Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 23 (rischio guerra);
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- Pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala

U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;

- Partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
- Partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura,
- Abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- Uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- Stato di intossicazione acuta alcolica
- Arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- Malore: l'assicurazione non comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.
- Relativamente alla garanzia Contagio da HIV, Epatite B o C restano esclusi:
- HIV, HBV e/o HCV avvenuti prima della decorrenza della polizza o che non soddisfino i criteri di cui all'Art. 20 Comma D)
- Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, etc)
- Qualsiasi tipo di epatite, che non sia causata da infezione cronica da HBV e/o HCV, come ad esempio: epatiti alcoliche, epatite tossica, epatite autoimmune etc.

Art. 3 - PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITI DI ETÀ

La garanzia assicurativa si intende prestata fino al compimento del 70° (settantesimo) anno di età. La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoidi; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si da atto che l'Assicurato/Aderente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Unicamente per la garanzia "Contagio da HIV, Epatite B o C (3Virus)" la copertura non è operante nei seguenti Paesi: Cuba,

Afghanistan, Iran, Iraq, Siria, Corea del Nord, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Centraf. Rep., Ciad, Comore, Congo, Congo Rep. Dem., Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenia, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tomé, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Tanzania, Tailandia, Togo, Tunisia, Uganda, Vietnam, Zambia e Zimbabwe.

Art. 5 – RISCHIO GUERRA

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

Art. 6 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Assicuratore corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio (contagio) che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio (contagio) può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Art. 7 – CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 8 – LIMITI DI INDENNIZZO

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dalla stessa Azienda/Associata. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

Art. 9 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Art. 10 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia di Sinistro, Richiesta di Indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro. In caso di contagio, l'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare all'Assicuratore il sinistro entro 15 (quindici) giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica come indicato dall'Art. 11 che segue. In caso di contagio per infezione da HIV o epatite cronica B o C a seguito di trasfusione di sangue, l'assicurato deve presentare uno specifico referto medico che ne specifichi l'indicazione della trasfusione di sangue ed i relativi parametri sanguigni come specificato nell'Art. 2D. In caso di contagio a seguito di aggressione fisica, deve essere presentata la copia della denuncia presso gli organi competenti.

Art. 11 – PROVA

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 12 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 13 – CONTROVERSIE ED ARBITRATO

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, l'Assicuratore convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 14 – VALUTAZIONE SPECIALE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di Invalidità Permanente da infotunio risultante da un evento coperto e di grado superiore al 50%, valutato in base alla Tabella INAIL allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e s.m.i., viene corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per questa garanzia.

la Società

il Contraente _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 - Codice della Privacy)

AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, è tenuta a fornire agli interessati ossia ai soggetti ai quali si riferiscono informazioni sull'attività di raccolta e utilizzo dei dati personali.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

Il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato:

- a) all'esecuzione delle prestazioni contrattuali. L'acquisizione dei dati personali comuni è strettamente necessaria al conseguimento delle predette finalità;
- b) all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, da normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite dalle Autorità a ciò legittimate e dagli Organi di Vigilanza e Controllo.

Pertanto l'eventuale rifiuto nel conferirli, nel rilasciare il consenso al relativo trattamento e nel comunicare i dati ai soggetti di seguito citati, impedisce la gestione del sinistro;

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO:

I dati saranno trattati principalmente con strumenti cartacei, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e memorizzati su supporti informatici, cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza stabilite dal Codice della Privacy e, con riguardo al trattamento dei dati sensibili, con presidi e modalità separate e specifiche al fine di evitare ogni possibile rischio di trattamento non autorizzato.

3. SOGGETTI AI QUALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI I DATI PERSONALI:

I dati raccolti, inclusi quelli sensibili,

- a) per le finalità di cui al punto 1., verranno comunicati alle Società del Gruppo AmTrust, in particolare a:

AmTrust International Underwriters Dac, 40 Westland Row, Dublin 2, Ireland. D02 HW74;

AmTrust Europe Ltd, Market Square House, St. James's Street Nottingham NG1 6FG (UK) - P.I. GB764402928;

AmTrust Financial Services, Inc. - 59 Maiden Lane, 43rd Floor New York, NY 10038 e sedi secondary;

AmTrust Insurance Agency Italy S.r.l. Via Clerici, 12 - 20121 Milano - P.I./C.F. 09578340961;

AmTrust Italia S.r.l., Via Clerici, 12 - 20121 Milano - P.I./C.F. 08980070968;

- b) per le finalità di cui al punto 1. a) e b) i dati verranno comunicati a soggetti quali a titolo esemplificativo e non esaustivo:

Soggetti facenti parte della catena assicurativa quali: Coassicuratori, Riassicuratori, agenti e brokers, Organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, consulenti, traduttori; società di servizi informatici, di archiviazione, di stampa ed invio della corrispondenza, di gestione della posta in arrivo e in partenza, di certificazione di qualità, di revisione contabile e certificazione di bilancio, istituti di credito per l'esecuzione di eventuali pagamenti e società terze incaricate per la gestione dei sinistri.

4. DIFFUSIONE DEI DATI:

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimenti dei dati all'estero:

Per le finalità di cui al punto 1. con riferimento ai soggetti indicati al punto 3., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi non aderenti all'Unione Europea. E' richiesto il suo consenso per tale trasferimento al fine di permettere la gestione del rapporto assicurativo

6. DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI:

In qualsiasi momento, in forza dei diritti previsti dagli artt. 7 - 10 del Codice Privacy, l'interessato può richiedere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intellegibile, a meno che non ne derivi pregiudizio allo svolgimento delle investigazioni difensive o all'esercizio del diritto in sede giudiziaria così come previsto dall'art.8 lett.e); di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati e di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

Titolare del trattamento dei dati è AmTrust Europe Limited, - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede secondaria in Via Clerici, 14 - 20121 Milano, Tel. 02-83438150, Fax 02-83438174, in persona del suo legale rappresentante, cui l'interessato potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui al precedente punto 6).

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO:

L'elenco degli Incaricati del trattamento designati da AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia è disponibile presso la sede del Titolare.

L'interessato, per l'esercizio dei propri diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, potrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: amtrustsuccursaleitalia@legalmail.it o info-privacy@amtrustgroup.com.

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

- I. Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.
- II. Il presente Modulo di Proposta deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Proponente/ Assicurato.

Assicurato

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	TELEFONO	FAX	
ENTE DI APPARTENENZA:	FUNZIONE/RUOLO/INCARICO:		
ISCRITTO ALLA SEGUENTE SIGLA SINDACALE / ASSOCIAZIONE:			
POLIZZA COLLETTIVA DI RIFERIMENTO N. ITDMM16M0001795000000			

Sezioni I, II, III e V

Opzione scelta, Qualifica dell'Assicurato, massimale e relativo PREMIO LORDO ANNUO (il Premio Annuo Lordo indicato è valido per i soggetti proponenti che non abbiano avuto sinistri - così come definiti nelle diverse Sezioni del Fascicolo Informativo - riconducibili alle Sezioni I, II e III)

Avvertenza: barrare con una X l'Opzione Scelta e l'attività svolta dall'Assicurato; qualora in uno o in più anni del Periodo di Retroattività l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

	Opzione Base	Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
<input type="checkbox"/>	Sezione I Colpa Grave Retroattività: 5 Anni Massimale: € 500.000	<input type="checkbox"/> Dirigente Medici di area chirurgica	€ 997,00
		<input type="checkbox"/> Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 897,00
<input type="checkbox"/>	Sezione II Tutela Legale Retroattività: 2 Anni Massimale: € 15.000	<input type="checkbox"/> Specializzandi	€ 447,00
		<input type="checkbox"/> Personale comparto Area Ostetrica	€ 447,00
<input type="checkbox"/>	Sezione III Colpa Lieve Non operante	<input type="checkbox"/> Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 247,00
<input type="checkbox"/>	Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
<input type="checkbox"/>	Sezione V Infortuni Morte: € 50.000 Invalidità Permanente da Infortunio: € 50.000 Contagio 3Virus: € 50.000		

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto
(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Opzione 1		Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
Sezione I Colpa Grave	Retroattività: 5 Anni	Dirigente Medici di area chirurgica	€ 1.155,00
	Massimale: € 1.500.000	Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 1.055,00
Sezione II Tutela Legale	Retroattività: 2 Anni Penale e Civile e 5 anni Amministrativo/Contabile	Specializzandi	€ 545,00
	Massimale: € 15.000	Personale comparto Area Ostetrica	€ 545,00
Sezione III Colpa Lieve	Non operante	Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 320,00
Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile	Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
Sezione V Infortuni	Morte: € 75.000		
	Invalità Permanente da Infortunio: € 75.000		
	Contagio 3Virus: € 75.000		

Opzione 2		Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
Sezione I Colpa Grave	Retroattività: 10 Anni	Dirigente Medici di area chirurgica	€ 1.405,00
	Massimale: € 3.000.000	Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 1.295,00
Sezione II Tutela Legale	Retroattività: 2 Anni Penale e Civile e 5 anni Amministrativo/Contabile	Specializzandi	€ 655,00
	Massimale: € 20.000	Personale comparto Area Ostetrica	€ 655,00
Sezione III Colpa Lieve	Non operante	Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 380,00
Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile	Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
Sezione V Infortuni	Morte: € 100.000		
	Invalità Permanente da Infortunio: € 100.000		
	Contagio 3Virus: € 150.000		

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Opzione 3		Attività Svolta	Premio Annuo Lordo
Sezione I Colpa Grave	Retroattività: Illimitata	Dirigente Medici di area chirurgica	€ 1.700,00
	Massimale: € 3.000.000	Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 1.590,00
Sezione II Tutela Legale	Retroattività: 5 anni	Specializzandi	€ 755,00
	Massimale: € 25.000	Personale comparto Area Ostetrica	€ 755,00
Sezione III Colpa Lieve	Inclusa	Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 460,00
Sezione IV Responsabilità Amministrativa e Contabile	Facoltativa alle condizioni più avanti indicate		
Sezione V Infortuni	Morte: € 150.000		
	Invalità Permanente da Infortunio: € 150.000		
	Contagio 3Virus: € 200.000		

Sezione IV (facoltativa)

Opzione scelta, Qualifica dell'Assicurato, massimale, retroattività e relativo PREMIO LORDO ANNUO (il Premio Annuo Lordo indicato è valido per i soggetti proponenti che non abbiano avuto sinistri così come definiti nella Sezione IV del Fascicolo Informativo)

Avvertenza: barrare con una X l'Opzione Scelta (N.B. sarà considerata la medesima attività svolta dall'Assicurato così come indicato per le Opzioni di cui alle Sezioni che precedono); qualora in uno o in più anni del Periodo di Retroattività l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

EUR 1.000.000 retro 5 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 420,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 375,00
Specializzandi	€ 220,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 220,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 181,00

EUR 1.000.000 retro 10 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 525,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 468,00
Specializzandi	€ 275,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 275,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 226,00

EUR 2.500.000 retro 5 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 582,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 517,00
Specializzandi	€ 297,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 297,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 258,00

EUR 2.500.000 retro 10 anni	
Dirigente Medici di area chirurgica	€ 727,00
Dirigente Medici di area non chirurgica	€ 646,00
Specializzandi	€ 372,00
Personale comparto Area Ostetrica	€ 372,00
Personale comparto non di Area Ostetrica	€ 323,00

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione I oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)

Indicare se, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate nei confronti del Proponente / Assicurato, richieste di risarcimento come definite in Polizza e di seguito riepilogate oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

Richiesta di risarcimento:

- la richiesta rivolta direttamente all'Assicurato o solidalmente con la struttura sanitaria pubblica solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- le comunicazioni dell'Amministrazione all'Assicurato circa richieste di risarcimento ricevute dalla stessa che nominativamente lo riguardano solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- qualsiasi comunicazione dell'Autorità Giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- l'azione di rivalsa della Struttura Sanitaria pubblica verso l'Assicurato esperita a seguito di condanna della Corte dei Conti;
- l'azione di surrogazione della Compagnia della Struttura Sanitaria Pubblica verso l'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;
- la domanda riparatoria avanzata dalla Corte dei Conti.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti Sinistri/Casi Assicurativi attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione II oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)

Indicare se, negli ultimi 5 anni, si sono generati Sinistri/Casi assicurativi a carico del Proponente / Assicurato, come definiti in Polizza e di seguito riepilogati oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

Sinistro/Caso Assicurativo: *Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia e/o il giudizio penale - per il quale è prevista l'assicurazione.*

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI ADESIONE ALLA OPZIONE 3

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione III oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)

Indicare se, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate nei confronti del Proponente / Assicurato, richieste di risarcimento come definite in Polizza e di seguito riepilogate oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

Richiesta di risarcimento:

- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste all'Art. 1 della Sezione III del Fascicolo Informativo;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI ADESIONE ALLA SEZIONE IV

Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento attinenti alla garanzia prestata dalla Sezione IV oppure precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio (Circostanze)

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Indicare se, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate nei confronti del Proponente / Assicurato, richieste di risarcimento come definite in Polizza e di seguito riepilogate oppure se siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento.

Richiesta di Risarcimento:

quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale la Pubblica Amministrazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni

Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio attinente a ciascuna delle garanzie per le quali il Proponente/Assicurato richiede attivazione tramite compilazione del presente Modulo di Proposta

Indicare se al Proponente/Assicurato siano conosciuti Fatti Noti così come declinati nella Sezione Definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione dai quali possano derivare successive richieste di risarcimento dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica e/o imputazioni penali o sanzioni amministrative o controversie negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni

Dichiarazioni del Proponente / Assicurato

Il sottoscritto Assicurando dichiara altresì di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, quanto riportato nel Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali;

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il _____ l'Assicurato _____

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Assicurando dichiara:

1. Di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" per quanto alla garanzia prestata dalle Sezioni I, II, III e IV, a copertura dei Sinistri/Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività indicato nella Scheda di Polizza.

2. Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Contratto:

Articolo I - Oggetto del Contratto; Articolo II - Documentazione per gli Assicurati; Articolo III - Modulo di Proposta; Articolo IV - Premio e modalità di pagamento; Articolo V - Certificato di Assicurazione e documenti di rinnovo; Articolo VI - Durata del Contratto.

3. Di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli:

Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11 e 12 della Condizioni di Assicurazione, Articoli 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 della Sezione I, Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della Sezione II, Articoli 1 e 2 della Sezione III, Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, e 10 della Sezione IV ed Articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 e 14 della Sezione V

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il _____ l'Assicurato _____



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14 • 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

Dati Identificativi Proponente:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE
--------------	----------------

Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alle Dichiarazioni del Proponente / Assicurato della proposta

Indichi il Proponente / Assicurato la tipologia di Sinistro/Richiesta di risarcimento così come definita in Polizza, di cui lo stesso sia venuto a conoscenza negli ultimi 5 anni ed in particolare (barrare il caso attinente a quanto di seguito riportato):

Sezione I – Colpa Grave

Richiesta di risarcimento:

- la richiesta rivolta direttamente all'Assicurato o solidalmente con la struttura sanitaria pubblica solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- le comunicazioni dell'Amministrazione all'Assicurato circa richieste di risarcimento ricevute dalla stessa che nominativamente lo riguardino solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- qualsiasi comunicazione dell'Autorità Giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- l'azione di rivalsa della Struttura Sanitaria pubblica verso l'Assicurato esperita a seguito di condanna della Corte dei Conti;*
- l'azione di surrogazione della Compagnia della Struttura Sanitaria Pubblica verso l'Assicurato solo ed esclusivamente nel caso in cui ricorrano i requisiti/presupposti di cui all'Art. 2 della Sezione I del Fascicolo Informativo;*
- la domanda riparatrice avanzata dalla Corte dei Conti.*

Precisare, per ciascun sinistro, se il Proponente/Assicurato riveste la qualifica di Direttore di Struttura Complessa:

 SI NO

In caso di risposta affermativa al punto che precede, indichi il Proponente/Assicurato se:

- a) lo stesso abbia preso parte alle prestazioni sanitarie oggetto di contestazione:

 SI NO

- b) se il Proponente/Assicurato stesso abbia mai avuto contatti diretti con il paziente

 SI NO

Descrizione Sinistro:

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui di cui alle Dichiarazioni del Proponente / Assicurato della proposta allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto
(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Sezione II – Tutela Legale

Richiesta di risarcimento:

Sinistro/Caso Assicurativo: *Il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia e/o il giudizio penale - per il quale è prevista l'assicurazione.*

Descrizione Sinistro:

Sezione III – Colpa Lieve (da compilare solo in caso di adesione alla Opzione 3)

Richiesta di risarcimento:

- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste all'Art. 1 della Sezione III del Fascicolo Informativo;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

Precisare, per ciascun sinistro, se il Proponente/Assicurato riveste la qualifica di Direttore di Struttura Complessa:

 SI NO

In caso di risposta affermativa al punto che precede, indichi il Proponente/Assicurato se:

- a) lo stesso abbia preso parte alle prestazioni sanitarie oggetto di contestazione:

 SI NO

- b) se il Proponente/Assicurato stesso abbia mai avuto contatti diretti con il paziente

 SI NO

Descrizione Sinistro:

Modulo di Proposta - Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto

(DGR n. 1171 del 19.07.2016)

Sezione IV – Responsabilità Amministrativa e Contabile (da compilare solo in caso di adesione alla sezione IV)

Richiesta di Risarcimento:

quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato:

- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale la Pubblica Amministrazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

Precisare, per ciascun sinistro, se il Proponente/Assicurato riveste la qualifica di Direttore di Struttura Complessa:

 SI NO

In caso di risposta affermativa al punto che precede, indichi il Proponente/Assicurato se:

- a) lo stesso abbia preso parte alle prestazioni sanitarie oggetto di contestazione:

 SI NO

- b) se il Proponente/Assicurato stesso abbia mai avuto contatti diretti con il paziente

 SI NO

Descrizione Sinistro:

Indichi il Proponente / Assicurato la tipologia di azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio attinente a ciascuna delle garanzie:

Descrizione:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate: Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con AmTrust International Underwriters Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Data: _____

Firma: _____



AmTrust Europe

An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14 • 20121 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 • R.E.A.
1969043

AmTrust Europe Ltd.
Capitale Sociale € 92.000.000,00
Authorised by the Prudential Regulation Authority
Regulated by the Financial Conduct Authority and the Prudential Regulation Authority

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Clerici 14
20122 Milano
Tel: 02 8343 8150
Fax: 02 8343 8174
Email: milan@amtrustgroup.com
Compagnia iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n° I.00103
Codice IVASS Impresa n° D904R
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963
R.E.A. 1969043



Contratto di assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, per la Tutela Legale, per la Responsabilità Amministrativa e per gli Infortuni e Contagio 3Virus delle Professioni Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Regione Veneto -(DGR n. 1171 del 19.07.2016)
Edizione Dicembre 2016