

FASCICOLO INFORMATIVO
(Regolamento Ivass N. 35 del 26 maggio 2010)

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**
dei
**MEDICI DI MEDICINA GENERALE o
che non effettuano attività chirurgiche**

SNAMI SICILIA

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- la Nota informativa, comprensiva del glossario,
- le Condizioni di assicurazione,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
Medici di Medicina Generale che non effettuano interventi chirurgici

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

La contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

GLOSSARIO

ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione
CONTRAENTE:	il soggetto che stipula l'assicurazione
DANNO:	morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose
FRANCHIGIA:	la parte di danno espressa in cifra fissa che rimane a carico dell'Assicurato
MASSIMALE:	la massima esposizione della Società per ciascun sinistro e per periodo assicurativo annuo
PERDITE PATRIMONIALI:	il pregiudizio economico risarcibile a termini di polizza, che non sia conseguenza di morte o lesioni personali o danneggiamenti a cose
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro
SCOPERTO:	la parte di danno espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato
SINISTRO:	RCT: la richiesta di risarcimento di perdite o danni per i quali è prestata l'assicurazione
SOCIETÀ':	TORUS INSURANCE (UK) Limited

A. INFORMAZIONI SULL' IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

- a) Torus Insurance (UK) Limited è una Società costituita nel 2008 secondo la legge del parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority.
- b) Torus Insurance (UK) Limited ha la sua sede legale a Londra, 88 Leadenhall Street, 5th floor, EC3A 3BP London, United Kingdom.
- c) Torus Insurance (UK) Limited ha una sede secondaria (Rappresentanza Generale) in Italia, in Via Matteo Bandello, 1 – 20123 Milano.
- d) Per contattare Torus Insurance (UK) Limited sono a disposizione i seguenti contatti:

Francesco Dal Piaz, Via Matteo Bandello 1, 20123, Milano, Italia. Tel: +39 0243633903, email: fdalpia@torus.com, website: www.torus.com, email: info@torus.com.
- e) Torus Insurance (UK) Limited è autorizzata a svolgere attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento (Cod. Ivass impresa nr. D896R, numero iscrizione albo imprese di assicurazione : nr. 1.00095 – in data 1970772011). Nel Regno Unito la compagnia è soggetta al controllo e vigilanza della Financial Conduct Authority e della Prudential Regulation Authority, con sede rispettivamente in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS ed in 20 Moorgate, London EC2R 6DA.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLA TORUS INSURANCE (UK) LIMITED.

Torus Insurance (UK) Limited ha conseguito il rating di A- (Excellent) dall'agenzia di rating A.M Best. Come riportato dal bilancio annuale del 2012, la società ha un patrimonio netto di USD 169,3 milioni ed un capitale sociale di USD 200 milioni.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione del ramo danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è del 423%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto, stipulato in forma collettiva standardizzata può avere durata poliennale

Avvertenza:

La Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di 120 giorni prima della scadenza della polizza. I singoli Assicurati hanno facoltà di disdire la propria copertura con preavviso di 30 giorni da notificarsi a mezzo lettera raccomandata. Termini e modalità sono regolati dall'Art. 13 delle Condizioni Addizionali di Polizza.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE - LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

L'assicurazione tutela l'Assicurato per i danni cagionati a terzi conseguenti ad un fatto derivante da una responsabilità civile inerente all'attività esercitata.

Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione, delle Condizioni Addizionali di Polizza. L'Assicurazione copre altresì le richieste di risarcimento derivanti all'Assicurato per gli infortuni subiti sul lavoro da parte degli addetti mentre lavorano per conto dello stesso. Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 6 - Rischi Aggiuntivi delle Condizioni Addizionali di Polizza.

Avvertenza

Sono previste limitazioni, esclusioni e condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento del risarcimento. Consultare i seguenti Articoli delle Condizioni Addizionali di polizza per maggiori dettagli:

Art. 4) Inizio e Termine della Garanzia (formula "Claims Made")

Art. 10) Esclusioni

Art. 11) Ulteriori Esclusioni

Art. 12) Esclusioni Atti Invasivi

Art. 17) Responsabilità Solidale

Art. 21) Estensione Territoriale

Art. 22) Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole

Art. 24) Denuncia dei sinistri

Art. 25) Limiti di indennizzo e franchigia

AVVERTENZA

Le suddette garanzie sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali per i cui dettagli si rinvia agli Articoli delle Condizioni Generali di polizza ed al Modulo di adesione.

4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITA'

Avvertenza:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la cessazione stessa dell'Assicurazione, fatta salva la facoltà della Società di perseguire anche in sede penale la tutela dei propri interessi.

Per maggiori dettagli consultare l'Art. 1 delle Condizioni Generali di polizza.

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi dell'art. 1 - "Aggravamento e diminuzione del rischio", delle Condizioni Generali ai sensi dell'art.1897 del codice civile.

In caso di aggravamento del rischio, cioè nel caso in cui per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata, aumenti in modo permanente la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, tale per cui se la Società fosse stata a conoscenza di tale stato di cose al momento della stipulazione del contratto, non avrebbe prestato la garanzia o l'avrebbe prestata a condizioni diverse, la Società a seguito della comunicazione dell'Assicurato può recedere dal contratto.

Nel caso in cui si verifichi un sinistro prima che sia pervenuto l'avviso alla Società o prima che siano decorsi i termini per la comunicazione e l'efficacia del recesso, la Società può non pagare l'indennizzo qualora l'aggravamento del rischio sia tale che la stessa non avrebbe prestato la copertura se il nuovo stato delle cose fosse esistito al momento della stipula del contratto oppure (nel caso la Società avrebbe richiesto un maggior premio al momento della stipula del contratto) ridurre l'importo dovuto secondo il rapporto tra il premio pagato e quello che sarebbe stato fissato se il maggior rischio fosse esistito al tempo della stipula del contratto.

In caso di "diminuzione del rischio" ossia nel caso in cui per sopravvenute modifiche della situazione originariamente considerata diminuisce la probabilità che si verifichi l'evento per il quale è stata prestata la copertura assicurativa, la Società, a seguito della comunicazione dell'Assicurato, a decorrere dalla scadenza di premio successiva alla suddetta comunicazione applicherà una riduzione di premio ma potrà recedere dal contratto entro due mesi dalla comunicazione medesima. Si rimanda alle disposizioni di cui agli Articoli 1897 e 1898 del c.c..

6. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI PREMI

La periodicità del pagamento del premio è annuale, il pagamento del premio può essere effettuato esclusivamente attraverso bonifici bancari.

Avvertenza

L'Intermediario non ha la facoltà di prevedere specifici sconti. Tale facoltà è demandata esclusivamente alla Società.

7. RIVALSE

Il contratto qui descritto non prevede ipotesi di rivalsa nei confronti del Contraente/Assicurato, fatti salvi eventuali ipotesi previste dalla legge.

8. DIRITTO DI RECESSO

Avvertenza

Il presente contratto prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso sia in favore del Contraente che della Società. Si rimanda per gli aspetti di maggior dettaglio all'Art. 5 - Recesso in caso di sinistro delle Condizioni Generali di Polizza.

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

La legislazione applicabile al contratto, in conformità dell'Art. 180 del D. lgs. 209/2005 è quella italiana.

10. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato. Le garanzie coperte da questo contratto sono soggette alle imposte sulle assicurazioni nella misura attualmente in vigore:

- Responsabilità Civile Professionale: 21.25% (oltre a 1% quale addizionale anti-racket s.m.i.).

Il presente contratto non dà diritto ad alcuna detrazione d' imposta sul reddito delle persone fisiche, ma il premio, laddove previsto è deducibile dal reddito d'impresa.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL’INDENNIZZO

In caso di sinistro l’Assicurato dovrà seguire le modalità, le condizioni ed i termini per la denuncia previsti e regolati dall’Art. 24 – “Denuncia dei sinistri”, delle Condizioni Generali di Polizza.

12. RECLAMI

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d’Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Rappresentanza Generale della Torus Insurance (UK) Limited in Italia
Via Matteo Bandello, 1
20123 Milano
All’attenzione del Rappresentante Generale
fax +390243633912 e-mail mzanetti@torus.com

oppure

Torus Insurance (UK) Ltd.
88 Leadenhall Street
EC3A 3BP London
United Kingdom
All’attenzione del Complaints Manager
fax n° +44 (0) 20 3206 8002

oppure

IVASS, Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 – Roma
fax n° 06 42133745/353

Il reclamo dovrà contenere l’indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell’esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d’affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere “Fin-net”, trasmettendo il proprio reclamo all’IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito:

Financial Ombudsman Service
South Quay Plaza, 183 Marsh Wall
E14 9SR, UK
telefono +442079641000; complaint.info@financialombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

13. ARBITRATO

Il presente contratto non prevede la possibilità di arbitrato.

Torus Insurance (UK) Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Generale per l'Italia

Francesco Dal Poz



POLIZZA CONVENZIONE N. OPS/09000/15

**RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE
dei
MEDICI DI MEDICINA GENERALE o
che non effettuano attività chirurgiche**

stipulata tra

S.N.A.M.I. - SICILIA

Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
Via Papa Pio X, 18/20
90142 PALERMO PA

di seguito denominato **Contraente**,

e la Società

TORUS INSURANCE (UK) LIMITED

5th floor, 88 Leadenhall Street
LONDON EC3A 3BA (UNITED KINGDOM)

di seguito denominata **Compagnia**

La seguente assicurazione viene rilasciata a favore degli iscritti della Spett. Contraente che ne abbiano fatto richiesta e che abbiano corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- 1) RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE GENERALE
- 2) RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI - R. C. O.

AVVERTENZE

Premesso che la persona o le persone, ditte o società, riportate nel Modulo e/o scheda (e d'ora innanzi indicate con il termine "Assicurato" - espressione che ricomprende qualunque altra persona che nel corso del periodo di vigenza della presente Assicurazione si sia associata alla Contraente) hanno fatto pervenire ai Sottoscrittori della presente polizza una Proposta scritta recante la data indicata nel Modulo e/o scheda e contenente i particolari e le dichiarazioni che costituiscono, di comune accordo, la base di questa polizza e sono da considerarsi come parte integrante della stessa. Forma dell'assicurazione. L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

DEFINIZIONI

CONTRAENTE:	Il soggetto che stipula la Convenzione.
ASSICURATO:	ciascun Medico legittimato ad esercitare l'attività professionale e che abbia aderito alla polizza.
INTERMEDIARIO:	il Soggetto che gestisce i rapporti con l'Assicurato e con gli Assicuratori.
PARTI:	l'Assicurato - la Compagnia – l'Intermediario – La Contraente
ATTIVITÀ PROFESSIONALE:	l'attività professionale di Medico, quale definita e regolamentata dalle disposizioni di leggi e/o norme nazionali, comunitarie ed internazionali attualmente vigenti in materia e dalle loro successive eventuali modificazioni ed integrazioni.
TERZI:	tutte le persone fisiche e/o giuridiche diverse dall'Assicurato, con esclusione dei contitolari dell'Assicurato, dei suoi associati di diritto, o di fatto, dei loro coniugi, figli, e degli altri parenti o affini con essi conviventi.
FRANCHIGIA, SCOPERTO:	per franchigia s'intende la parte di danno fissa e certa che al momento del pagamento del danno è detratta dall'importo indennizzabile e resta a carico dell'Assicurato. Per scoperto si intende la percentuale che, applicata all'importo indennizzabile del danno, viene detratta dallo stesso e resta a carico dell'Assicurato.
CERTIFICATO:	l'attestato della Compagnia contenente i dati di ogni singolo aderente.
MODULO DI ADESIONE:	il documento compilato dagli Assicurati che intendono stipulare la polizza.
DANNO:	pregiudizio economico conseguente a danneggiamento di cose, animali, lesioni personali, morte.
PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI O DI CHIRURGIA AMBULATORIALE:	Interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.
RECLAMO:	la prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza:

- a) la comunicazione scritta all'Assicurato con la quale un Terzo ha manifestato l'intenzione di addebito di responsabilità per danni o perdita patrimoniale causati da fatti colposi o errori o omissioni ricondotti all'Assicurato, o a chiunque altro per suo conto, o la comunicazione con cui il Terzo presenta una formale richiesta di risarcimento per tali danni o perdite.
- b) la citazione o la chiamata in un procedimento dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;
- c) l'inchiesta giudiziaria nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza.

SINISTRO:

l'evento sul quale il reclamante basa la richiesta di risarcimento, come definito sopra, e di cui l'Assicurato ha consapevolezza per la prima volta durante il periodo di assicurazione.

* _ * _ * _ * _ * _ *

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

Art. 1) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurando quando fa richiesta di adesione alla presente polizza ha l'obbligo di fornire le informazioni e dichiarazioni per iscritto previste nel modulo di adesione che diventa parte integrante del contratto. Nel caso di variazioni che aggravano il rischio, l'Assicurato ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto la Compagnia. Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti del rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, purché tali omissioni o inesattezze non siano frutto di dolo.

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente Polizza, la Compagnia rinuncia al diritto di recesso di cui all'Art.1898 del Codice Civile e l'Assicurato s' impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

Art. 2) CESSAZIONE DELL' ASSICURAZIONE

A parziale deroga dell'Art. 1896 del Codice Civile, nel caso di cessazione dei rischi assicurati con la presente polizza, la Compagnia rimborserà il rateo di premio imponibile relativo alla parte non goduta del periodo di assicurazione.

Art. 3) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso scritto di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà all'Assicurato la parte del premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso. Nel caso la disdetta avvenga ad opera della Compagnia, la stessa dovrà darne avviso scritto alla Contraente sempre nei termini suddetti. La Contraente potrà esprimere parere contrario alla richiesta, salvo i casi di dolo, entro 30 giorni dalla ricezione del preavviso.

La Compagnia ha facoltà fino al sessantesimo giorno da ogni denuncia, di disdettare per la prima scadenza annuale l'intera polizza convenzione con un preavviso di 120 giorni, purché l'ammontare dei danni dell'anno, liquidati e/o riservati, superi l'80% del monte premi annuale dell'intera polizza.

Art. 4) VARIAZIONE DELLA POLIZZA

Qualunque variazione o modifica della presente polizza deve risultare da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 5) GESTIONE E CLAUSOLA BROKER

La Compagnia dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidati a "Marintec S.r.l." La Contraente dichiara di aver affidato gli adempimenti del presente contratto a **Club Medici Broker S.r.l.** - Via G. B. De Rossi, 12 - 00161 Roma che a propria volta si potrà avvalere di collaboratori regolarmente autorizzati dall'Ivass anche per l'attività di incasso; resta pertanto intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'Art 1901 c.c., dei pagamenti a questi effettuati. Ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta dagli Assicurati stessi e sarà considerata come inviata alla Compagnia.

Art. 6) FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun Assicurato.

Art. 7) NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge

CONDIZIONI ADDIZIONALI

Art. 1) RESPONSABILITA' CIVILE TERZI (R.C.T.) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi è tenuto a pagare a terzi per ogni forma di responsabilità professionale, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per morte, per lesioni personali per danni biologici, morali, perdita di chance, danni indiretti e consequenziali (rimbalzo) ai congiunti e danneggiamenti a cose, quali errori od omissioni, con colpa lieve e/o grave commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato ed indicata nel modulo di polizza.

L'assicurazione, come delimitata in questo contratto e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato e indicate nel modulo di richiesta della polizza; le attività professionali dell'Assicurato comprendono le voci che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata, comprendendo una soltanto, o in combinazione, le voci a), b), c) e d) che seguono, se e in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso:

- a) Medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di para-subordinazione,
- b) Medico dipendente presso strutture sanitarie e/o assistenziali pubbliche o private siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale o locale.
- c) Medico libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale "extra muraria", incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- d) Specializzandi (relativamente alle discipline di cui all'elenco dell'art. 2), medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui alla legge N. 212 del luglio 1990, e medici, non titolari in proprio di convenzione, che sostituiscono medici convenzionati col SSN.

L'assicurazione include esplicitamente: l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini sia obbligatori, sia facoltativi, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi di chirurgia ambulatoriali.

Per i medici convenzionati la garanzia opera anche per le attività derivanti dagli accordi regionali o aziendali, come previsti e disciplinati dal relativo Accordo Collettivo Nazionale.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture sanitarie pubbliche o private (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro Istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o assistenziali.

L'assicurazione comprende esplicitamente l'attività dell'Assicurato come dipendente delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, individuati dall'art. 10 del CCNQ dell'11/6/2007 relativo alla definizione dei comparti e ai sensi di quanto previsto dall'Art. 2, quarto alinea del CCNQ per la definizione delle autonome aree di contrattazione, stipulato il 1/2/2008 e successive modificazioni e/o integrazioni. E' altresì compresa l'attività professionale "intra muraria" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'Assicurazione è intesa a tenere indenne l'Assicurato, nel caso in cui l'Assicurato abbia ricevuto un invito a dedurre notificato dal Procuratore della Corte dei Conti dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa, per l'azione di rivalsa esercitata contro di lui da parte della struttura, clinica o Istituto a cui

presta la propria opera, o Assicuratore delle stesse, nella quale sia ritenuto personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave da sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

L'assicurazione comprende in ogni caso:

- 1) La responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione o omissione dolosa o colposa da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale.
- 2) danni derivanti da interventi di primo soccorso, prestati per effetto dell'obbligo deontologico professionale.
- 3) I piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale intendendosi per tali quelli eseguiti esclusivamente a domicilio o in ambulatorio in anestesia locale.
- 4) Le prestazioni mini-invasive non chirurgiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, intubazione tracheale, rachicentesi, laringo-tracheo-broncoscopia, l'impiego di sonde e/o cateteri a scopo diagnostico e/o terapeutico.
- 5) La pratica di medicina non convenzionale con riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni.
- 6) La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni.
- 7) La responsabilità civile derivante all'Assicurato come libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990 o del Decreto Ministero della Sanità N. 445 del 19 ottobre 2001, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
- 8) La responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica),
- 9) L'assicurazione si estende alla conduzione e alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse, inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione.

Art. 2) SPECIALIZZAZIONI ASSICURABILI

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio esclusivo di una o più delle seguenti specializzazioni mediche. Nell'ambito delle specialità assicurabili la copertura è prevista anche se l'attività medica è svolta durante il conseguimento del titolo di specializzazione ad esclusione di quelle per le quali la normativa vigente prescrive, oltre all'abilitazione ed all'iscrizione all'albo, il possesso del titolo specifico.

SPECIALITA' MEDICHE ASSICURABILI

- Amministratore di Struttura Sanitaria
- Allergologia
- Analista al microscopio
- Anatomia Patologica
- Angiologia
- Audiologia

- Cardiologia Clinica
- Dietologia / Nutrizionista / Scienza dell'alimentazione
- Dermatologia e Venereologia
- Diabetologia
- Ecografista
- Ematologia
- Endocrinologia
- Epatologia
- Epidemiologia
- Farmacologia
- Fisiatria / Medicina Fisica e Riabilitativa
- Fisico Medico
- Foniatria
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Gerontologia
- Igiene e Medicina preventiva
- Immunologia
- Infettivologia
- Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, batteriologiche e istologiche
- Medico dello sport
- Medico Legale, Medico Competente-Ispettore Sanitario, Medicina del lavoro (Compresa Condizione Aggiuntiva di cui all'art. 30)
- Medico di Medicina Generale o di Base
- Medicina dei servizi in regime di rapporto convenzionato SSN
- Ex Medicina penitenziaria in regime di rapporto convenzionale SSN
- Medicina Fiscale in regime di rapporto convenzionato SSN o INPS
- Medici SASN (Servizi assistenti naviganti non a bordo di navi)
- Medicina Interna
- Nefrologia
- Neolaureato (nei primi 4 anni d'iscrizione all'Albo) e Specializzando (entro il 34° anno di età)
- Neurologia
- Neurofisiopatologia
- Neuropsichiatria Infantile
- Oculistica
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Oncologia
- Pediatria (esclusa neonatologia, rianimazione neonatale e pediatria chirurgica)
- Pneumologia
- Reumatologia
- Psichiatria

Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni o svolge attività professionale non rientranti specificamente tra quelle indicate come assicurabili al presente articolo, tutte le garanzie prestate dal presente contratto vengono limitate esclusivamente all'attività indicata in polizza.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione o svolge attività professionale ulteriore non rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, tutte le garanzie prestate dal presente contratto rimangono comunque limitate esclusivamente all'attività relativa alla/e specializzazione/i assicurata/e.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione o svolge attività professionale ulteriore rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, la garanzia base rilasciata mediante il certificato individuale potrà essere estesa con sottoscrizione di apposita Appendice di Polizza.

Art. 3) MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA E/O PRONTO SOCCORSO

L'assicurazione è estesa, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di medicina del servizio di "emergenza sanitaria" (ex servizio 118), a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N.502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99, e specificamente:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";
- attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
- punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
- interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi;
- attività di pronto soccorso presso strutture pubbliche o private;
- l'assicurazione è estesa anche per l'attività di pronto soccorso presso cliniche private convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale.

Art. 4) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA CLAIMS MADE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre 5 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

L'Assicurato dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata. Per i danni derivanti da azioni, o omissioni posti in essere prima della stipulazione del contratto, per i quali sia operante la garanzia postuma in una polizza di responsabilità civile professionale stipulata precedentemente con un'altra Compagnia, l'assicurazione avrà efficacia "a secondo rischio" rispetto alle somme garantite dall'altra polizza, mentre risponderà "a primo rischio" per le garanzie non prestate dall'altra polizza.

L'assicurazione vale altresì per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato entro 1 anno dalla cessazione del contratto, sempre che il fatto che ha originato la richiesta si sia verificato durante il periodo di validità del contratto stesso.

La garanzia "postuma" di durata annuale cesserà immediatamente nel caso in cui l'Assicurato stipuli durante tale periodo altra polizza assicurativa, analoga alla presente, a copertura degli stessi rischi.

Art. 5) RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI (R.C.O.) - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro dipendenti o regolarmente forniti da Società o Cooperative, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- 2) ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R. C. O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella di inizio copertura del certificato di assicurazione.

Art. 6) RISCHI AGGIUNTIVI

A titolo esemplificativo e non limitativo, si intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

- a) danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b) proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o "banners" all'interno o all'esterno dello Studio; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la polizza è tuttavia intesa prestata a favore dell'Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate;
- c) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclofurgoni senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- d) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
- e) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- f) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute o dalla conduzione dei locali adibiti alla propria attività, con il limite di euro 250.000, resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'art. 19);
- g) per danni a cose di terzi in consegna o custodia.
- h) mancata acquisizione del consenso informato o da non corretta e/o non compiuta redazione di referti o cartelle cliniche, ed errato trattamento dati personali.

Art. 7) R. C. O. - DENUNCIA DEI SINISTRI

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Compagnia, anche tramite l'Intermediario, eventuali sinistri, solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro) qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 dei 30.06.1965;
- c) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222

Art. 8) NOVERO DEI TERZI

Ai fini della garanzia R.C.T., non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

Art. 9) GARANZIA POSTUMA - CESSAZIONE DELL' ATTIVITA' PROFESSIONALE

A parziale deroga dell'Articolo 4 delle "Condizioni Addizionali" di assicurazione, in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro un periodo di tempo pari a quello in cui è rimasto in corso il rapporto assicurativo continuativo con la Compagnia, con il massimo di 5 anni, dalla scadenza annuale della polizza, successivi alla cessazione dell'attività.

Nel caso in cui il rapporto assicurativo continuativo sia stato inferiore a cinque anni, su esplicita richiesta dell'Assicurato e/o degli Eredi Legittimi e/o Testamentari da formularsi entro 90 gg dalla data di scadenza annuale, la Compagnia potrà estendere la garanzia fino ai cinque anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 20% del premio annuale per ogni anno di estensione che viene richiesto, oltre a quelli già maturati dall'Assicurato col rapporto assicurativo continuativo. Inoltre, sempre su esplicita richiesta da formularsi entro il termine di 90 gg dalla data dell'ultima scadenza annuale, la Compagnia potrà, estendere la garanzia fino ad un massimo di ulteriori 5 anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 100% del premio annuale.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione per ciò che attiene ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a decorrere dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

L'operatività della presente estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- a) che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi Eredi entro 90 giorni dalla scadenza della cessazione del periodo di copertura postuma di cui all'art.4 delle Condizioni Addizionali quarto comma;
- b) che l'Assicurato o i suoi Eredi s'impegnino a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;
- c) che l'Assicurato, o i suoi eredi, dichiarino ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.
- d) nei casi in cui la cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato è dovuta a radiazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o a licenziamento per giusta causa cessa ogni obbligo della Compagnia a far data dal provvedimento di radiazione dall'Albo Professionale.

Art. 10) ESCLUSIONI

Premesso che l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", le garanzie offerte non sono valide per le richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data d'inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti società.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- 1) relative ad atti o fatti noti alla data di inizio della Polizza;
- 2) dovute a sinistri attribuibili ad azioni od omissioni commessi dall'Assicurato con dolo;
- 3) riconducibili ad attività abusive, o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 4) in relazione a fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto volontariamente termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che, per qualunque motivo, venga sospeso o radiato dall'Albo o licenziato per giusta causa;
- 5) 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'Art. 21 delle Condizioni Addizionali di assicurazione;
- 6) derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 7) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, "bossing", molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- 8) in relazione ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o 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");
- 9) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente fra medico e paziente che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore Sanitario, dirigente di secondo livello o di Primario, fermo restando la copertura per la loro attività di carattere medico. Tale esclusione non si applica:
 - all'Amministratore di Struttura Sanitaria in qualità di Assicurato della presente polizza;
 - a qualunque altra specialità medica riportata fra quelle assicurate, nell'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore sanitario, dirigente di secondo livello o di primario.

Art. 11) ULTERIORI ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale:

- a) per i danni derivanti della proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili; fatta salva la responsabilità derivante per il ruolo di direttore sanitario; relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale, inoltre, per i danni e le responsabilità che si verificano o insorgano in occasione:
- b) di fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale.
- c) di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili, salvo quanto previsto al successivo art. 23 lettera a);
- e) di fatti di qualsiasi natura, e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti

minerari ed in genere di quanto si trovino nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;

f) di furto;

o che derivino:

g) da produzione diretta di organismi geneticamente modificati.

L'assicurazione R. C. T. e R. C. O., inoltre, non comprende i danni:

1) da detenzione o impiego di esplosivi;

2) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);

3) da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);

4) derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;

5) derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;

6) cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi.

Art. 12) ESCLUSIONE DEGLI ATTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi" (ad eccezione di quanto previsto dall'ART. 3 MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA) intendendosi per tali quelli che prevedono l'accesso in sala operatoria e/o il ricorso ad anestesia totale.

Sono comunque sempre esclusi dalla copertura assicurativa i rischi derivanti da:

1) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica

2) il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;

3) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti, salvo che l'Assicurato non sia in possesso anche dell'abilitazione e/o specializzazione all'Odontoiatria.

4) l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;

5) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee;

Art. 13) PREMIO, DURATA, PROROGA E DISDETTA DELLA CONVENZIONE E DEI SINGOLI ASSICURATI

Alla stipula della presente polizza l'Assicurato versa a mezzo bonifico bancario, il premio relativo all'opzione del massimale prescelto, fra quelle previste nell'allegato "1", che forma parte integrante del presente contratto, direttamente all'Intermediario o al Contraente.

Nel caso di pagamento effettuato al Contraente, quest'ultimo s'impegna a comunicare immediatamente all'Intermediario l'avvenuto incasso ed a trasmettere il modulo di adesione regolarmente compilato e firmato dall'Assicurato stesso.

A seguito del pagamento avvenuto, la Compagnia rilascerà all'Assicurato un regolare certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del premio. La presente polizza convenzione ha decorrenza dalle ore 24:00 del 22/09/2014 e scadenza alle ore 24:00 del 22/09/2015.

In assenza di disdetta da parte del Contraente o della Compagnia, effettuata con lettera raccomandata spedita almeno 120 giorni prima della scadenza della polizza, quest'ultima si intende prorogata di un anno e così successivamente. In caso di recesso da parte della Compagnia la stessa è obbligata ad inviare lettera di disdetta ai singoli assicurati almeno 60 giorni prima della scadenza della polizza. I singoli assicurati potranno per contro disdettare la propria copertura mediante lettera raccomandata inviata almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale; in mancanza di recesso la copertura si intende prorogata di un anno e così successivamente. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul certificato se il premio è stato pagato. A seguito del pagamento avvenuto, la Compagnia rilascerà all'Assicurato un regolare certificato contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del premio

Art. 14) DELEGA, ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE E RINNOVO DELLA COPERTURA

Gli Associati allo Snam Sicilia possono aderire alle coperture assicurative previste dalla presente polizza compilando e sottoscrivendo il modulo di adesione e corrispondendo il relativo premio. La Contraente si assume l'impegno di consegnare la documentazione contrattuale al singolo assicurato che abbia aderito con rispettivo pagamento del premio. La copertura assicurativa ha durata annuale decorrente dalla data indicata sul Modulo di Adesione, purché uguale o posteriore alla data di compilazione dello stesso.

L'efficacia della copertura decorre dalle ore 24:00 dal giorno di pagamento del premio dovuto o da quella successiva riportata sul modulo di adesione. Il pagamento eventualmente eseguito in data anteriore non implicherà la retrodatazione dell'effetto della polizza.

A seguito dell'avvenuto pagamento la Compagnia invierà all'Assicurato un regolare certificato contenente i dati relativi alla sua copertura.

Resta inteso che è facoltà **del Contraente** negare a qualunque singolo associato l'adesione alla presente polizza, senza obbligo di motivazione. Se l'Assicurato non paga le rate di premio successive troverà applicazione l'Art. 1901 del C.C.

Art. 15) MEDICO IN SOSTITUZIONE

Premesso che se l'Assicurato esercita l'attività di medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di para - subordinazione ha la facoltà di farsi sostituire, nell'espletamento della sua attività professionale da soggetti abilitati all'attività medica. Si considera in garanzia, ai termini di polizza, per la responsabilità civile personale anche il suddetto sostituto per l'attività svolta in sostituzione dell'Assicurato.

Art. 16) S.O.S.

Resta inteso fra le Parti di estendere la copertura assicurativa alle multe e/o ammende per erronea interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), a condizione che l'erronea interpretazione non sia intenzionale e/o sia la conseguenza di erronee interpretazioni di regolamenti forniti dall'Associazione di categoria.

L'esposizione massima degli Assicuratori non eccederà il limite di Euro 10.000,00 per avvenimento e in aggregato annuo.

La presente clausola è intesa integrare le previsioni dell'Art. 1 delle Condizioni Aggiuntive di polizza, dove si statuisce l'inclusione della "Responsabilità personale del Responsabile dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D. Lgs. N. 81/2008, ex 626/94.

E' ulteriormente convenuto che l'azione in surroga condotta dall'INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione s'intende coperta da questa polizza.

Art. 17) RESPONSABILITÀ' SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la Responsabilità Civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Art. 18) RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Compagnia, salvo il caso di dolo o diversa autorizzazione scritta dell'Assicurato, rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'articolo 1916 del codice civile.

Art. 19) COPERTURA ASSICURATIVA DI PRIMO E SECONDO RISCHIO

Qualora il singolo Assicurato abbia già contratto una polizza di Responsabilità civile professionale, s'intende che le garanzie prestate con la presente polizza, opereranno a primo rischio in tutti i casi d'inoperatività della prima polizza, ed a secondo rischio - con una franchigia pari al massimale di primo rischio – qualora sia operante la prima polizza.

In caso d'inoperatività della prima polizza a causa di mancato pagamento premio, la citata franchigia rimarrà a carico dell'Assicurato stesso.

Resta inteso fra le Parti che la garanzia di secondo rischio prestata con la presente polizza terminerà la sua efficacia alla data di scadenza della polizza di primo rischio e proseguirà a primo rischio fino alla scadenza originaria prevista dalla polizza stessa.

Art. 20) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato. La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché ciò sia involontario e/o conseguenza di inesatte interpretazioni di norme vigenti, conseguenti a eventuali indicazioni date da un'Associazione di categoria.

Art. 21) ESTENSIONE TERRITORIALE

Le garanzie tutte della presente polizza, valgono per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

Art. 22) TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE AMICHEVOLE

Ai sensi e per gli effetti della legge 9 agosto 2013, n. 98, di conversione con modificazioni del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, è entrato in vigore, con decorrenza dal 20 settembre 2013, l'obbligo della conciliazione, ovvero il procedimento di mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in materia di controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria (compreso quella inerente il personale sanitario non medico), di risarcimento del danno derivante da diffamazione a mezzo stampa o con altri mezzi di pubblicità, di contratti bancari e finanziari. Essendo tutte queste parti obbligate a costituirsi nel procedimento di mediazione, le relative decisioni saranno vincolanti anche nei loro confronti. Per quanto concerne la materia dei contratti assicurativi, l'obbligo di mediazione si estende alle sole controversie che s'instaurano direttamente tra Assicurato ed Assicuratore in ordine all'operatività della garanzia assicurativa.

Sono invece escluse dall'obbligo tutte le liti in cui l'Assicurato è citato in giudizio dal Danneggiato e la Compagnia viene chiamata in garanzia, con l'eccezione delle controversie in materia sanitaria suddette. Il Soggetto che intenda accedere alla mediazione, dovrà rivolgersi a un organismo di mediazione autorizzato

e registrato presso il Ministero della Giustizia che, a sua volta, incaricherà un mediatore (parimenti autorizzato) di eseguire il tentativo di conciliazione.

Art. 23) COMMITTENZA

L'Assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per danni causati a terzi da Suoi dipendenti, o connessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al P.R.A.

La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati alle persone trasportate;

- a) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo Studio assicurato.

Art. 24) DENUNCIA DEI SINISTRI

L'Assicurato, entro 15 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, è obbligato:

- a) a trasmettere alla Compagnia, ogni richiesta scritta di risarcimento ricevuta;
- b) a notificare alla Compagnia per iscritto, anche via fax, anche tramite Marintec, ogni comunicazione o diffida scritta da lui ricevuta, in cui un terzo esprima l'intenzione di attribuire all'Assicurato una responsabilità collegata alla professione. In caso di tardiva comunicazione resterà a carico dell'Assicurato ogni maggior onere sofferto dalla Compagnia, derivante dal ritardo. L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Compagnia, tutte le informazioni e l'assistenza del caso. Si concorda comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.
- c) La Compagnia assume a nome dell'Assicurato, fino ad esaurimento del grado di giudizio eventualmente incorso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Compagnia e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Compagnia non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 25) LIMITI DI INDENNIZZO E FRANCHIGIA

La presente polizza prevede un limite di indennizzo per sinistro e per anno assicurativo di euro 5.000.000 o inferiore come previsto dall'allegato "1". I sinistri risarcibili ai sensi della presente polizza saranno soggetti ad una franchigia fissa di Euro 500 per evento.

Art. 26) PREMIO ANNUO

Il premio annuo (comprensivo delle imposte di legge) da corrispondere da parte di ciascun Assicurato, è quello previsto dall'allegato "1", relativo all'opzione di massimale prescelto.

Art. 27) NEO-LAUREATI E SPECIALIZZANDI

I neolaureati godono di una tariffa agevolata che viene applicata ai Sanitari che aderiscono alla Convenzione entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico. Tale agevolazione viene riconosciuta ai Sanitari che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico prima del compimento dei trenta anni e questo beneficio sarà applicato per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione

all'Ordine Professionale ma non oltre il compimento del 34° anno di età. Gli specializzandi avranno diritto allo sconto fino al compimento dell'età anagrafica di 34 anni.

Art. 28) STUDIO ASSOCIATO E SOCIETA'

E' data facoltà di intestare la polizza di assicurazione ad uno Studio Associato od a una Società, sempre che gli Assicurati persone fisiche che godono della copertura prevista dall'Articolo 2 delle presenti Condizioni di polizza, siano associati o Soci dell'Assicurato.

Per gli Studi Associati l'assicurazione è prestata sia per la RC Professionale della Persona/e identificata/e nel certificato che per i danni a terzi o a dipendenti.

Qualora ci si trovi in presenza di altra polizza, operante per il medesimo rischio, verrà applicato il criterio del "pro quota".

Per le altre forme giuridiche adottate dall'Assicurato, l'assicurazione è prestata esclusivamente per la RC Professionale del Medico/i persona/e fisica/he identificata sul certificato.

Se l'Assicurato è Membro di uno Studio Medico Associato o di una Società, ai fini della validità delle garanzie di Responsabilità Civile verso Terzi e di Responsabilità Civile verso prestatori d'opera, è condizione essenziale che tutti gli altri Associati siano assicurati con questa polizza; in caso contrario l'Assicurato sarà coperto solo per la Responsabilità Civile Professionale.

* _ * _ * _ * _ * _ *

CONDIZIONI PARTICOLARI

Operanti a richiesta dell'Associato/Assicurato purché sia specificamente indicato sul certificato di polizza.

Art. 29) DIRETTORE SANITARIO - RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA E NON COMPLESSA

A integrazione delle Condizioni di polizza nell'assicurazione sono compresi i danni alle persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi da fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa, e non complessa.

Art. 30) ATTIVITÀ DI MEDICO LEGALE E/O MEDICO COMPETENTE E/O MEDICO FISCALE - PERIZIE - CONSULENZE CERTIFICAZIONI (garanzia perdite patrimoniali)

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale nonché in relazione a perizie, consulenze e certificazioni.

La presente garanzia è estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse Cure Primarie), nonché alla partecipazione dell'Assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.

Tale estensione di garanzia s'intende prestata con l'Applicazione dello scoperto del 10% di ogni sinistro, con un minimo non indennizzabile di Euro 500,00, salvo franchigie superiori pattuite in polizza e fino alla concorrenza di un massimale di Euro 150.000,00 per anno assicurativo.

Si precisa che la garanzia non è in ogni caso operante per i danni patrimoniali da rivalsa esercitata a seguito della comminazione di sanzioni IVASS nonché per i danni di carattere amministrativo che prevedano un coinvolgimento della Corte dei Conti.

Si conviene fra le parti che la copertura assicurativa è valida per l'attività professionale dichiarata nel modulo di adesione e riportata sul certificato.

Emessa il 10/09/2014


La Compagnia
Michael Zappetti
Rappresentante legale per l'Italia
Torus Insurance (UK) Limited

La Contraente
Il Presidente SNAMI SICILIA

Giuseppe Biondo
Presidente S.N.A.M.I. Sicilia


Ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs. 209/2005, la Compagnia autorizza il Corrispondente o il Broker ad incassare i premi; il pagamento del premio eseguito in buona fede al Corrispondente o al Broker, ha effetto liberatorio per la contraente/Assicurato nei confronti della Compagnia e conseguentemente impegna la Compagnia (e, in caso di coassicurazione, tutte le Compagnie coassicuratrici) a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

La Compagnia
TORUS INSURANCE (UK) LIMITED
Il Rappresentante Generale per l'Italia

Francesco Dal Pra


La Contraente
Il Presidente SNAMI SICILIA

Giuseppe Biondo
Presidente S.N.A.M.I. Sicilia

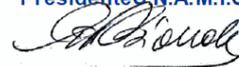

Agli effetti degli Art. 1341 e 1342 del Codice Civile, le Parti dichiarano di conoscere il contenuto delle Condizioni sopra menzionate e di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni Addizionali di polizza:

- Art. 4) Inizio e Termine della Garanzia (formula "Claims Made")
- Art. 10) Esclusioni
- Art. 11) Ulteriori Esclusioni
- Art. 12) Esclusione degli Atti Invasivi
- Art. 17) Responsabilità Solidale
- Art. 21) Estensione Territoriale
- Art. 22) Tentativo obbligatorio di conciliazione amichevole
- Art. 24) Denuncia dei sinistri
- Art. 25) Limiti di indennizzo e franchigia

Data

La Contraente
Il Presidente SNAMI SICILIA

Giuseppe Biondo
Presidente S.N.A.M.I. Sicilia



ALLEGATO N. 1

ALLA POLIZZA N. OPS/09000/7

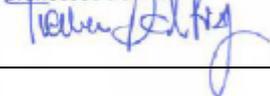
MASSIMALE	PREMIO (Comprensivo di imposte del 22,25%)
€ 5.000.000,00	€ 635,00
€ 2.500.000,00	€ 500,00
€ 1.500.000,00	€ 450,00
€ 1.500.000,00	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Particolari di Polizza € 270,00
€ 2.000.000,00	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Particolari di Polizza € 280,00

La Compagnia

TORUS INSURANCE (UK) LIMITED

Il Rappresentante Generale per l'Italia

Francesco Dal Poz



La Contraente

Il Presidente SNAMI SICILIA

Giuseppe Biondo
Presidente S.N.A.M.I. Sicilia



Emessa il 10 Settembre 2014