



SET INFORMATIVO

**Assicurazione R.C. per colpa grave dipendenti pubblici
comparto sanitario**

Convenzione Bucchioni Colpa Grave Medici

- **Documento Informativo Precontrattuale (DIP)**
- **Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)**
- **Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Polizza di assicurazione della responsabilità civile per colpa grave medica dedicata al personale delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Responsabilità civile per colpa grave medica, si tiene indenne l'assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero per ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza al risarcimento per Colpa Grave.
- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra- premio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.
- ✓ Condanna in solido con l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza, indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria con la quale l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Le coperture assicurative operano nei limiti dei massimali assicurati per quanto previsto dalla Legge Gelli n.24 : € 5.000.000 per la colpa grave e € 2.000.000 per la condanna in solido, riportati nella scheda di polizza



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti diversi da dipendenti di aziende del Servizio Sanitario Nazionale



Ci sono limiti di copertura?

- ! Tutte le Richieste di Risarcimento, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato.
- ! I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo
- ! I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso
- ! Le conseguenze di 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
- ! I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali
- ! per i danni conseguenti a interventi chirurgici imputabili ad assenza del consenso informato, (ove obbligatorio per Legge)
- ! I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti
- ! I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto
- ! I danni derivanti da ingiuria o diffamazione
- ! I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona
- ! Le conseguenze 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
- ! I danni alle cose mobili e immobili che abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo (eccezione per gli animali se è medico veterinario)
- ! Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio
- ! I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove siano funzionali all'attività professionale
- ! Le conseguenze di inquinamento salvo che in conseguenza di un evento impreveduto, improvviso ed accidentale
- ! I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, (a seguito di trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche)
- ! I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale



Dove vale la copertura?

- ✓ Vertenze contrattuali: Italia, Vaticano, S. Marino
- ✓ L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione



Che obblighi ho?

- L'obbligo, in sede di perfezionamento della Polizza, di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto i cambiamenti che comportano aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione
- In caso di sinistro:
è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:
 - Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
 - Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.
L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza



Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e viene corrisposto all'inizio del periodo assicurativo.
Può essere corrisposto tramite: ordini di bonifico su conto corrente separato intestato a "Bucchioni's Studio sas", altri mezzi di pagamento bancario, postale o sistemi di pagamento elettronico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 15 (quindici) giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

La copertura ha durata annuale senza tacito rinnovo



Come posso disdire?

Facoltà di recesso: Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Assicurazione Responsabilità Civile per colpa grave dipendenti pubblici comparto sanitario

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A



Prodotto: Convenzione Bucchioni Colpa Grave 13L

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.

Via Guido D'Arezzo 14 – 00198 Roma; tel. 06.85379811; sito internet: www.argo-global.it; e-mail: info@argo-global.it; PEC: argoglobal@pec.argo-global.it

ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A., è una Società soggetta a direzione e coordinamento di ARGO GROUP INTERNATIONAL HOLDINGS LTD.
Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2581 del 21.1.2008 - Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni al n. 1.00163.

Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta sulla base dell'ultimo bilancio approvato al 31/3/2018 a 20,4 milioni di euro. Il capitale sociale ammonta a 20 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 0,4 milioni di euro.
L'indice di solvibilità dell'Impresa è pari al 120,03% al 31/3/2018, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (17,1 milioni di euro) e il requisito patrimoniale di solvibilità (14,2 milioni di euro). L'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità minimo è pari a 4,2 milioni di euro.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni

RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE

La Compagnia fino a concorrenza del Massimale quale definito nella scheda di polizza e stabilito nel Certificato di Assicurazione, si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a titolo di responsabilità erariale in relazione all'attività professionale dichiarata in polizza, conseguente ad atti, fatti od omissioni a lui imputabili per colpa grave, nei termini e per gli effetti riconosciuti con sentenza della Corte dei Conti a seguito di giudizio di accertamento e condanna per responsabilità erariale.

L'assicurazione è prestata anche nel caso di rivalsa nei confronti dell'assicurato ad opera dell'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge, nonché per l'eventuale esperimento dell'azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

L'assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di €1.000.000 (un milione).

CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENENZA

La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la compagnia di Assicurazioni non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda di appartenenza e/o della compagnia di Assicurazioni per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

La Compagnia assume la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato di Assicurazione, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per 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.

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'attività svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura, per i 10 (dieci) anni successivi, senza nessun Premio aggiuntivo,

L'Assicurazione resta operante per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione

Le garanzie sono prestate entro i massimali e se previste, secondo le somme assicurate concordate con il contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

GARANZIE AGGIUNTIVE

Oltre le coperture relative alla Colpa Grave e Condanna in solido non sono previste garanzie aggiuntive



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si intendono esclusi:

Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America

I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione salvo la tolleranza di 60 giorni.

I danni che siano riconducibili di obbligazioni contrattuali direttamente assunte dall'esercente la professione sanitaria con il paziente per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile


Relativamente alla garanzia Condanna in Solido con Ente di appartenenza, è valida la seguente esclusione:

Resta esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla suddetta garanzia





Ci sono limiti di copertura?


<p>Esclusioni</p>	<p>Con l'adesione alla presente polizza l'Assicurato prende atto che la copertura assicurativa è subordinata alle seguenti limitazioni di garanzia e dichiarazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Strutture Sanitarie Pubbliche. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate. - Che in forza della legge e del Contratto collettivo ed in applicazione di accordi e convenuti interventi con la Struttura Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave. - Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo, come da termini di Legge, ricade sulla Azienda Sanitaria con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione. Gli Assicuratori per quanto sopra pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle richieste di risarcimento delle definizioni di polizza, potranno essere chiamati in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa grave sia dalla Struttura Sanitaria che dalla Compagnia di Assicurazione. Nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato chiamato in giudizio o nella procedura stragiudiziale del danno, gli Assicuratori, per quanto previsto dalla legge, copriranno l'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo entro un anno dall'avvenuto pagamento del danno a terzi.
<p>Franchigie e Scoperto</p>	<p>Non sono previste franchigie e scoperti.</p>


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>L'Assicurato deve far denuncia scritta di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto</p> <p>In caso di non rinnovo viene concesso un periodo di tolleranza di 30 (trenta) giorni oltre la scadenza della copertura assicurativa per eventuali denunce di sinistri occorsi durante il periodo di assicurazione.</p> <p>L'Intermediario a cui è assegnato il contratto provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.</p> <p>La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.</p> <p>Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.</p> <p>Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.</p> <hr/> <p>Assistenza diretta/in convenzione</p> <p>Non vi sono prestazioni erogate in forma diretta.</p> <hr/> <p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Non è prevista la gestione di sinistri, da parte di altre Compagnie di Assicurazione.</p> <hr/> <p>Prescrizione</p> <p>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.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>


o reticenti	
Obblighi dell'impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni , i premi sono soggetti all'applicazione di un'imposta pari al 22,25% del premio imponibile a carico del Contraente
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio salvo il caso di recesso per sinistro: Nel caso di recesso da parte della Compagnia, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la sospensione della copertura

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	La presente Polizza Collettiva avrà durata di un anno. E' quindi inteso che, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli Assicurati, tutti i Certificati di Assicurazione coperti in questa Polizza Collettiva avranno scadenza alle ore 00:01 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendo prevista la tacita proroga dei singoli Certificati.,

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici che abbia aderito alla presente Polizza Convenzione e abbia pagato il relativo premio.	

 Quali costi devo sostenere?	
Sono a carico del Contraente i costi di intermediazione, che gravano sul premio di polizza e che nel presente contratto sono pari al 30% del premio imponibile.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri possono essere presentati per iscritto ad ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. all'attenzione dell'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: PEC: reclami@pec.argo-global.it Posta: ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. – Funzione Reclami, Via Guido D'Arezzo, 14 – 00198 Roma – fax 06/85305707. Sarà cura di ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. comunicare gli esiti del reclamo entro <u>il termine di 45 giorni</u> dalla data di ricevimento del reclamo stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<i>Liti Transfrontaliere: è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net).</i>

AVVERTENZE:

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI UTILIZZARLA PER LA SOLA CONSULTAZIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO E NON PER LA GESTIONE TELEMATICA DEL MEDESIMO.

ArgoGlobal Assicurazioni Responsabilità Civile per colpa grave dipendenti pubblici comparto sanitario

Modello 13 L - edizione Gennaio 2019

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, contenenti:

- a) Glossario pag. 2
- b) Condizioni di Assicurazione pag. 5
- c) Modulo di Proposta pag. 24

devono essere consegnate al contraente prima della sottoscrizione del contratto

GLOSSARIO

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicurato: Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici che abbia aderito alla presente Polizza Convenzione e abbia pagato il relativo premio.

Assicuratori (o "la Compagnia"): ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A Via Guido D'Arezzo, 14 – 00198 ROMA

Modulo di proposta: Modulo per mezzo del quale il contraente manifesta la volontà di stipulare la lizza.

Certificato di Assicurazione: Il documento che comprova l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva.

Contraente: Il soggetto indicato al punto 1 della Scheda di Polizza, che sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non beneficiando dei diritti derivanti dal contratto stesso e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli Assicurati,

neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.

Danno / Danni: Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.

Massimale: La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti 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.

Perdite Patrimoniali: Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o annegamenti

a cose.

Periodo di Assicurazione: Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nell'Articolo 2 delle Condizioni di

Assicurazione che seguono.

Polizza Collettiva: Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione. La presente Polizza Collettiva è stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art.1891 C.C.

Richiesta di Risarcimento: Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- 1) La comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibili all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni.
- 2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione
- 3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione.
- 4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo.
- 5) La comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato.

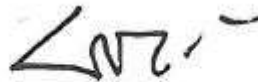
6) Il ricevimento da parte del Contraente Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge.

7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o l'Impresa di Assicurazione con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Non è considerata comunicazione formale della Struttura Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.

Sinistro: L'evento in relazione al quale la richiesta di risarcimento, come sopra descritta, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. M. S.', is written below the printed name of the Delegated Administrator.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Articolo 1 FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività indicata al punto 4 della Scheda di Polizza.

Articolo 2 PERIODO DI ASSICURAZIONE

La presente Polizza Collettiva avrà durata di un anno, dalle ore 00:01 del giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza alle ore 00:01 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza. E' quindi inteso che, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli Assicurati, tutti i Certificati di Assicurazione coperti in questa Polizza Collettiva avranno scadenza alle ore 00:01 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendo prevista la tacita proroga dei singoli Certificati.

Articolo 3 MASSIMALI DI GARANZIA

Il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il reddito professionale ivi compresa la

retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente

precedente o successivo.

Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento non potrà superare quanto previsto al punto 5 della scheda di Polizza.

Articolo 4 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale quale definito all'Articolo 3 e stabilito nel Certificato di Assicurazione, ma entro il limite del 25% 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.

Articolo 5 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

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 dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI

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 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, San Marino e la Città del Vaticano.

Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 7 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente collaboratore e/o libero professionista operante all'interno e su incarico di strutture sanitarie pubbliche o in regime di libera professione intramuraria e/o in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché attraverso la telemedicina.

Articolo 8 ESCLUSIONI – FATTI NOTI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza Collettiva, sono escluse:

8.1.i. Richieste di risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 11 - Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;

Sono considerati Fatti Noti e non coperti dalla presente polizza di Assicurazione tutte le richieste di risarcimento come da Definizioni di polizza, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato.

I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita dalla scheda di copertura.

Sono parimenti esclusi:

8.2.a. I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

8.2.b. I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

8.2.c. Le conseguenze di 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;

8.2.d. I 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;

8.2.e. Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;

8.2.f. I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;

8.2.g. I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

8.2.h. I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;

8.2.i. I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;

8.2.j. Le conseguenze 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");

8.2.k. I 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;

8.2.l. Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

8.2.m. I danni 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;

8.2.n. Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;

8.2.o. I danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;

8.2.p. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;

8.2.q. Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013.

8.2.r. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione salvo la tolleranza di 60 giorni.

8.2.s. I danni che siano riconducibili di obbligazioni contrattuali direttamente assunte dall'esercente la professione sanitaria con il paziente per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'art. 3 comma 5 lettera "e" del D.L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14.9.2011 n. 148, all'art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 17 e all'art. 3 comma 2 del decreto – legge 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8.11.2012 n. 189.

Articolo 9 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.

Articolo 10 ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per 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.

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'attività svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura, per i 10 (dieci) anni successivi, senza nessun Premio aggiuntivo come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017.

L'Assicurazione resta operante per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Valgono le modalità previste dall'Art. 1 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività.

Articolo 11 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico, l'assicurazione cesserà di diritto decorso un termine di preavviso di 30 (trenta) giorni decorrenti da quando gli Assicuratori avranno dichiarato all'Assicurato l'intenzione di avvalersi della presente clausola risolutiva.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza

annuale, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Articolo 12 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 15 (quindici) giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga la prima rata di premio, il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del sessantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Il Certificato di Assicurazione ha termine alle ore 00:01 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, senza tacito rinnovo.

E' facoltà della parti riaccendere il contratto successivamente alla scadenza naturale con le medesime modalità previste dalla Polizza Collettiva, sottoscrivendo il Modulo di Adesione all'uopo predisposto.

Articolo 13 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 14 RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE

Tanto la presente Polizza Collettiva quanto tutti i Certificati di Assicurazione emessi ai sensi della stessa cessano alla data di scadenza indicata al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga.

Articolo 15 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro", è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa.

La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria di relazione tecnico-sanitaria senza una formale messa in mora od imputazione di responsabilità non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza).

In caso di non rinnovo viene concesso un periodo di tolleranza di 30 (trenta) giorni oltre la scadenza della copertura assicurativa per eventuali denunce di sinistri occorsi durante il periodo di assicurazione.

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.

La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 16, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 17 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 18 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.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 19 FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Compagnia che ha in gestione il contratto.

Articolo 20 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione del Certificato di Assicurazione l'Assicurato conferisce al Broker indicato nel Certificato stesso il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Ai sensi dell'Art. 55, comma 1, lett. a) del Regolamento ISVAP N. 5 del 16 Ottobre 2006, la Compagnia autorizza espressamente il Broker all'incasso dei premi dai Clienti e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto.

Articolo 21 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.

Articolo 22 MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA

Per l'adesione alla presente Polizza Collettiva è previsto che ciascun Assicurato provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nel Certificato ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ai sensi dell'Art. 30, comma 7 del Regolamento ISVAP N° 35 del 26 Maggio, 2010 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.

Ciascun Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione (facsimile di cui all'Allegato A") e corrispondere l'importo del premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

a. Dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza, come risultante dal Certificato di Assicurazione e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione delle adesioni (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza), a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.

b. In considerazione del fatto che le scadenze dei singoli Certificati saranno tutte al giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, sarà data la possibilità ai singoli Assicurati di aderire alla Polizza Collettiva entro 60 (sessanta) giorni dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza con decorrenza e copertura assicurativa retroattive dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza. Resta fermo quanto disposto dal capoverso a).

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Adesione ed il pagamento del relativo premio comportano l'automatica adesione alla presente Polizza Collettiva, salvo quanto di seguito specificato. L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando in occasione della prima adesione alla presente Polizza Collettiva attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di cui all'Allegato A" quanto richiesto ai punti (3) e (4) del Modulo di Adesione stesso.

Per gli Assicurati che rinnovano la copertura assicurativa l'adesione sarà sufficiente sottoscrivere una dichiarazione riportante tutti i dati dell'Assicurato e la manifesta volontà di rinnovare il contratto.

In assenza di comunicazioni da parte degli Assicuratori entro i 45 (quarantacinque) giorni stabiliti, l'adesione si intende accettata alle normali condizioni contrattuali; l'effetto dell'adesione decorre dalle date indicate al successivo paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

In caso di mancata accettazione da parte degli Assicuratori, sarà data specifica comunicazione all'assicurando, il quale avrà diritto alla restituzione del premio.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti da quelle della presente Polizza Collettiva, l'assicurando ha a disposizione ulteriori 30 (trenta) giorni dalla ricezione dell'offerta degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori attraverso il pagamento dell'eventuale sovrappremio, o il proprio diniego all'adesione con annessa richiesta di restituzione del Premio.

In caso di accettazione l'Assicurazione decorre dalle date indicate al paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio.

Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

In occasione dell'eventuale rinnovo l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status e pagare il relativo premio.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni diverse tra loro presso diversi Enti Sanitari, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione, pagandone il relativo premio, la mansione a più elevato rischio.

Articolo 23 PREMIO

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica secondo la tabella riportata al punto 8 della Scheda di Polizza.

Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/12 per ogni mese di garanzia con un premio minimo di sei mesi.

Il Contraente fornirà alla Compagnia, tramite l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, un rendiconto mensile, in formato elettronico da convenirsi, delle singole adesioni alla presente Polizza Collettiva, contenente perlomeno le seguenti informazioni di base:

- Dati anagrafici completi di ciascun Assicurato;
- Ente di appartenenza, Regione di appartenenza di ciascun Assicurato;
- Qualifica, specialità, occupazione di ciascun Assicurato;
- Data di adesione / effetto della copertura, data di scadenza della copertura di ciascun Assicurato;
- Premio o rateo di premio di ciascun Assicurato, con distinta tra imponibile e lordo imposte.

Il rendiconto contenente le informazioni di cui sopra, relativamente all'attività di ciascun mese della presente Polizza Collettiva, sarà trasmesso alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alle adesioni alla presente Polizza Collettiva, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Articolo 24 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E LIMITAZIONI DI GARANZIA

Con l'adesione alla presente polizza l'Assicurato prende atto che la copertura assicurativa è subordinata alle seguenti limitazioni di garanzia e dichiarazioni:

24.1. Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Strutture Sanitarie Pubbliche. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

24.2. Che in forza della legge e del C.C.N.L ed in applicazione di accordi e convenuti interventi con la Struttura Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.

24.3. Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai i rischi per i quali l'obbligo assicurativo, come da termini di Legge, ricade sulla Azienda Sanitaria con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione. Gli Assicuratori per quanto sopra pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle richieste di risarcimento delle definizioni di polizza, potranno essere chiamati in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa grave sia dalla Struttura Sanitaria che dalla Compagnia di Assicurazione. Nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato chiamato in giudizio o nella procedura stragiudiziale del danno, gli Assicuratori, per quanto previsto dalla legge, copriranno l'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo entro un anno dall'avvenuto pagamento del danno a terzi.

24.4. Di avere ricevuto dal Contraente o dall'Intermediario, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.

Articolo 25 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono 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 stessa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

SEZIONE I

RC Colpa Grave

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito nella scheda di polizza e stabilito nel Certificato di Assicurazione, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a titolo di responsabilità erariale in relazione all'attività professionale dichiarata in polizza, conseguente ad atti, fatti od omissioni a lui imputabili per colpa grave, nei termini e per gli effetti riconosciuti con sentenza della Corte dei Conti a seguito di giudizio di accertamento e condanna per responsabilità erariale.

È esclusa la garanzia in caso di dolo dell'assicurato da cui sia generata responsabilità erariale.

L'assicurazione è prestata anche nel caso di rivalsa nei confronti dell'assicurato ad opera dell'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge, nonché per l'eventuale esperimento dell'azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

L'assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di €1.000.000 (un milione).

Fermo quanto previsto al precedente punto resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente, e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale/Ente Pubblico o comunque che non sia svolto nell'ambito della sua funzione di dipendente pubblico.

I massimale per sinistro e/o sinistro in serie è indicato al punto 4 della Scheda di Polizza.

Il premio è indicato al punto 6 della scheda di polizza.

SEZIONE II

Condanna in solido con l'Ente di appartenenza

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato

siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la compagnia di Assicurazioni non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda di appartenenza e/o della compagnia di Assicurazioni per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

ESCLUSIONI

Restano ferme le esclusioni di polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

MASSIMALE PER SINISTRO

Il massimale per sinistro e/o sinistro in serie è indicato alla Sez. II della scheda di polizza.

PREMIO

Il premio è indicato alla Sez. II della scheda di polizza.

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

(a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:

(i) presentate per la prima volta all'Assicurato, e

(ii) debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.

(b) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

Il Contraente dichiara di avere preso puntuale visione in ogni sua parte della polizza ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A in particolare delle Condizioni Generali e Particolari del presente Modello "COLPA GRAVE MEDICA_POLIZZA_v12_SADT_SC", e delle relative Condizioni Speciali, Condizioni Integrative e Appendici indicate nel Punto 11 del Prospetto, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi dell'Art. 30, comma 7 del Regolamento ISVAP N° 35 del 26 Maggio, 2010 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Collettiva.

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. il

Contraente dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza Collettiva:

- Articolo 1 Forma dell'assicurazione ("Claims Made") - Retroattività
- Articolo 9 Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 9.1)
-
- Articolo 15 Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale
- Articolo 16 Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
- Articolo 17 Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
- Articolo 18 Facoltà di recesso in caso di sinistro Articolo 21 Clausola Broker
- Articolo 25 Dichiarazioni dell'Assicurato

La presente polizza viene emessa in tre esemplari, di 18 (diciotto) pagine ciascuno, ad un solo effetto (comprehensive dell'“Allegato A - Facsimile Modulo di Adesione”, di una pagina).

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

APPENDICE ALLE POLIZZE DI COLPA GRAVE – ESTENSIONE CONTINUITA' ASSICURATIVA

A parziale deroga dell'art. 8.1.i esclusioni fatti noti :

punto 1) Gli assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza , a tenere indenne l'Assicurato delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

a) Alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza;

b) La polizza di assicurazione che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti nella presente Polizza;

c) L'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con una polizza a copertura della rivalsa per colpa grave.

d) L'Assicurato per poter avere l'estensione di continuità di copertura per fatti già noti come sopra riportato, pena la decadenza al diritto di risarcimento, dovrà esibire la polizza in corso al momento della prima richiesta, dimostrando che la garanzia prestata al momento del fatto non consentiva l'apertura del sinistro in relazione a fatti e circostanze come definite dalla presente polizza.

Restano escluse dalla presente garanzia, in ogni caso, qualsiasi citazione in giudizio già ricevute dall'Assicurato.

L'estensione delle continuità di copertura come prevista dalla presente appendice non avrà effetto se l'eventuale inadempienza dell'obbligo di dichiarare agli assicuratori i fatti già noti e/o l'omissiva dichiarazione del modulo di proposta sia dovuto a dolo.

“ALLEGATO A” - FACSIMILE “MODULO DI ADESIONE”

POLIZZA COLLETTIVA ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE MEDICA” ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, residente in _____

via/piazza _____ N° _____ codice fiscale _____, e-mail _____

_____ telefono _____ in qualità di _____

Presso l’Azienda _____

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA’ CIVILE “COLPAGRAVE”

Con decorrenza dal _____ al _____

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell’assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Collettiva N° 0000074477 stipulata con la Compagnia di Assicurazione Argo Global Compagnia di Assicurazioni spa che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell’adesione;
- (2) L’operatività temporale dell’Assicurazione è regolata dall’Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall’Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;
- (3) Le richieste di risarcimento, riferite ai fatti noti come definite dalla presente polizza e come meglio specificato all’art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell’Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente polizza;
- (4) Qualora l’Assicurato, per i fatti noti, abbia già ricevuto richieste di risarcimento come definite da polizza la garanzia sarà operativa. L’Assicurato dovrà dimostrare, esibendo la polizza in corso, che i precedenti assicuratori non abbiano potuto prendere in carico la denuncia di danno, in quanto la garanzia prestata non consentiva l’apertura del sinistro in relazione a fatti e circostanze come definite dalla presente polizza. Resta fermo quanto previsto dalla Clausola Estensione Copertura Assicurativa.

(5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data FIRMA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

(A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 074477 stipulata con la Compagnia di Assicurazione ArgoGlobal Assicurazioni SPA

(B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";

(C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data FIRMA

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa , al trattamento dei dati personali.

Data FIRMA