

**POLIZZA CONVENZIONE
N. 0000075174
COLPA GRAVE E RCT/O PROFESSIONI SANITARIE
CONTRAENTE:**

**PROMESA
PROTEZIONE PROFESSIONI SANITARIE MEDICI ESCLUSI**

**VIA A. CIBRARIO, 6 – 10144 Torino
P.IVA 97729450011**

DEFINIZIONI

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE.....

Art. 1 - Durata della convenzione e decorrenza delle garanzie

Art. 2 - Facoltà di recesso dalla Convenzione.....

Art. 3 - Adesione alla Convenzione.....

Art. 4 - Pagamento del premio

Art. 5 - Massimali.....

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE.....

Art. 1 – Altre Assicurazioni.....

Art. 2 - Modifiche dell'assicurazione.....

Art. 3 - Aggravamento del rischio.....

Art. 4 - Diminuzione del rischio

Art. 5 – Rinuncia alla disdetta in caso di sinistro

Art. 6 - Oneri fiscali

Art. 7 - Foro competente.....

Art. 8 - Rinvio alle norme di legge ed interpretazione del contratto

Art. 9 - Clausola broker.....

Art. 10 - Reclami.....

SEZIONE I NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE
COLPA GRAVE E RCT/O PROFESSIONI SANITARIE ESCLUSI MEDICI.....

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione - Responsabilità Civile Professionale.....

Art. 2 - Validità temporale dell'assicurazione

Art. 3 - Validità territoriale dell'assicurazione

Art. 4 - Novero dei terzi.....

Art. 5 - Limite di indennizzo

Art. 6 - Esclusioni.....

Art. 7 - Denuncia dei sinistri.....

CONDIZIONI PARTICOLARI SEZIONE I.....

Art. 1 - Garanzia postuma in caso di cessazione dell'attività professionale.....

SEZIONE II – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO/CONDUZIONE UFFICIO

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione RCT RCO

Art. 2 - Limite di indennizzo

Art. 3 - Validità temporale dell'assicurazione RCT/O

Art. 4 - Validità territoriale dell'assicurazione

Art. 5 - Novero dei terzi.....

Art. 6 - Esclusioni.....

Art. 7 – Denuncia dei sinistri

CONDIZIONI PARTICOLARI COMUNI ALLE SEZIONI I E II.....

Art. 1 - Responsabilità solidale

Art. 2 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali.....

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Arbitrato: procedura alternativa al rito ordinario che le parti possono intraprendere per risolvere controversie.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assicurato: Tutto il personale esercente qualsiasi attività sanitaria ad esclusione dei medici. A puro titolo indicativo non esaustivo, con particolare riferimento alla legge Lorenzin: educatore professionale, fisioterapista, logopedista, ortottista, podologo, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale, dietista, igienista dental, tecnico audiometrista, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, tecnico ortopedico, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di neurofisiopatologia, tecnico sanitario di radiologia medica, assistente sanitario, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, psicologi, operatori sanitari, biologi, biologi della riproduzione, infermieri etc... come normato dalla legge 251/2000 e dal decreto ministeriale del 29/3/2001 e s.m.i. di cui ai decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali. Operatori socio sanitari qualificati secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato – Regioni in data 22/2/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale. Assistente sociale come qualificato dalla legge n. 84 del 23/3/1983 e in possesso del diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'art. n. 2 della legge 341 del 19/11/1990 e s.m.i.

E' necessario essere in regola con il pagamento della quota associativa a PROMESA.

Attività Assicurata: le attività svolte dall'esercente la professione sanitaria come definite alla voce

Contraente: Promesa Protezione Professioni Mediche e Sanitarie,
Via A. Cibrario, 6 – 10144 Torino – P.IVA 97729450011

Contravvenzione: si veda voce reato.

Cose: sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Danno Corporeale: morte o lesioni personali.

Danno Materiale: distruzione o deterioramento di cose.

Delitto: si veda voce reato.

Fatto dannoso: il pregiudizio economico conseguente a Danno corporeale e Danno materiale.

Fatto Illecito: qualsiasi fatto che violi le norme dell'ordinamento giuridico.

Franchigia: l'importo prestabilito del danno che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

Giudiziale: attività svolta dinanzi ad un'autorità giudiziaria giudicante.

Indennizzo: la somma dovuta contrattualmente dalla Società in caso di sinistro.

Intermediario: si intende l'Agente o il Broker di assicurazione indicato nel testo della Convenzione ed autorizzato ad esercitare tale attività in base alle Leggi ed ai regolamenti in vigore.

Massimale: Relativamente alle Sezioni I e II: massimo esborso della Società per ciascun periodo assicurativo annuo per ciascun Assicurato indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate da ogni Assicurato nello stesso periodo;

Perdite patrimoniali: Il pregiudizio economico che non sia conseguenza diretta di Danni corporali e/o

Danni materiali.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestatori di lavoro: tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvale nel rispetto delle norme di legge (anche ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008) in materia di rapporto o prestazione di lavoro enell'esercizio dell'attività descritta in polizza.

Tale definizione comprende:

- I lavoratori alle dirette dipendenze dell'Assicurato soggetti e non soggetti al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, purché in regola con gli obblighi di legge;
- I lavoratori parasubordinati soggetti INAIL come definiti dall'art. 5 del D.Lgs. 23/02/2000 n.38;
- I lavoratori interinali come definiti dalla L. 24/06/1997 n. 196;
- I lavoratori di cui al D.Lgs. 276/2003 in applicazione alla Legge 14/02/2003 n.30 (Legge Biagi) e successive modificazioni, ivi compresi quelli distaccati presso altre aziende, anche qualora l'attività svolta da tali aziende sia diversa da quella descritta in polizza, e quelli a domicilio/distanza (c.d. telelavoro);
- I borsisti, i corsisti e gli stagisti.

Reato: violazione delle norme penali.

I reati si dividono in delitti e contravvenzioni.

**I delitti sono le violazioni più gravi e hanno diversa rilevanza a seconda che siano state poste in essere con dolo (volontariamente) o colpa (non volontariamente ma per negligenza o imperizia).
Le contravvenzioni sono condotte meno gravi per le quali non rileva l'elemento psicologico (dolo o colpa).**

Retribuzioni: l'ammontare degli importi erogati ai prestatori di lavoro

Richiesta di risarcimento: la circostanza che per prima, tra le seguenti, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- **La comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la comunicazione con la quale il terzo fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;**
- **La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;**
- **l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.**

Rischio: la probabilità che si verifichi un sinistro;

Sanzione Amministrativa: misure adottate dall'ordinamento per colpire illeciti amministrativi

Scoperto: la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro;

Sinistro – Relativamente alla Sezione I – Responsabilità Civile Professionale, la Richiesta di risarcimento avanzata dal terzo danneggiato, o dai suoi aventi causa.

Sinistro - Relativamente alla Sezione II– Responsabilità Civile Terzi, il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: ArgoGlobal Assicurazioni SpA

Stragiudiziale: attività che viene svolta per cercare di trovare tra le parti una mediazione bonaria alla controversia.

Terrorismo: Atto (incluso a titolo esemplificativo l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di usare la forza o la violenza) commesso da qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole ovvero per conto di o in connessione con una o più organizzazioni o governi per scopi politici, religiosi, ideologici o di natura analoga, fra cui l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di intimidire la società o una qualsiasi parte della società.

Transazione: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono;

Ufficio/Studio: ufficio o studio professionale.

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

ArgoGlobal Assicurazioni SpA. e PROMESA Protezione Professioni Sanitarie stipulano la presente convenzione e le Parti dichiarano che:

la Polizza Convenzione R.C. forma il documento contrattuale redatto in tre esemplari e danno atto che tutti i rapporti e le controversie saranno regolati esclusivamente in base a quanto in essi contenuto e negli eventuali documenti di modifica/integrazione concordati dalle parti.

Poichè il contratto subentra senza soluzione di continuità temporale ad altra polizza n 0000055842 stipulata con Ariscom con Contraente PROMESA trova applicazione quanto segue:

Il contratto dà continuità di copertura a tale polizza stipulata con Argo Global ed a tutte le condizioni contrattuali ivi presenti

Art. 1 - Durata della convenzione e decorrenza delle garanzie

La durata della presente Convenzione è pattuita in anni 3(tre), con decorrenza dalle ore 24:00 del 31/12/2018 alle ore 24:00 del 31/12/2021, con scadenza annuale al 31/12 di ogni anno, tacitamente rinnovabile, salvo disdetta scritta da una delle Parti con preavviso di almeno 90 giorni.

L'elenco degli Assicurati che avranno provveduto al pagamento dell'iscrizione ovvero al rinnovo dell'iscrizione alla Contraente, viene inviato dal Broker alla Società entro il 27 del mese successivo a quello in cui è avvenuto il pagamento dell'iscrizione ovvero del rinnovo dell'iscrizione alla Contraente, con le modalità e nel formato convenuti.

In ogni caso, anche nell'evenienza in cui il Broker per errore non abbia segnalato un nominativo assicurato, per la dimostrazione dell'esistenza e dell'efficacia della copertura assicurativa farà fede la data riportata sul documento contabile attestante il pagamento effettuato dall'Assicurato; in tale caso la Società avrà diritto all'incasso del premio a suo tempo non versato.

Per le adesioni successive al 31/12 di ogni anno come sopra riportato, la data di decorrenza e di effetto della garanzia sarà quella del giorno di pagamento della quota associativa.

Per le adesioni che avverranno tra il 31/12 ed il 30/06 il premio sarà del 100% del premio lordo annuale come meglio specificato all'art. 3 "adesioni alla convenzione".

Se il Contraente non versa i premi dovuti per ogni nuovo successivo periodo di assicurazione che decorre da ciascuna scadenza annuale, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° (sessantesimo) giorno successivo alla data di scadenza annuale del precedente periodo di assicurazione e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

La Contraente dovrà rendere preventivamente disponibile, prima che avvenga l'iscrizione, copia delle condizioni di assicurazione e della nota informativa.

Art. 2 - Facoltà di recesso dalla Convenzione

La Società e il Contraente hanno la facoltà di recedere dalla presente Convenzione con preavviso da inviare tramite lettera raccomandata almeno 90 giorni prima di ogni scadenza annuale (i.e. 31/12 di ogni anno). La facoltà di recedere dalla presente Convenzione sarà efficace per tutti gli Assicurati, senza necessità di comunicazione alcuna nei confronti di ciascun singolo Assicurato.

Art. 3 - Adesione alla Convenzione

Il premio lordo annuo dovuto dalla Contraente per ogni socio regolarmente iscritto è pari ad Euro 32,00 per il personale sanitario, di 60€ per le ostetriche dipendenti pubbliche e di 140€ per le ostetriche private e saranno previsti per tutti i rinnovi annuali dal 31/12 al 30/06 di ogni anno come meglio specificato al precedente art. 1.

PREMIO NETTO	ALiquOTA	IMPOSTA	PREMIO LORDO
€ 26,17	22,25%	€ 5,82	€ 32,00

ostetriche dipendenti pubbliche

PREMIO NETTO	ALiquOTA	IMPOSTA	PREMIO LORDO
€ 49,08	22,25%	€ 10,92	€ 60,00

ostetriche private

PREMIO NETTO	ALiquOTA	IMPOSTA	PREMIO LORDO
€ 114,52	22,25%	€ 25,48	€ 140,00

Resta fermo che per le adesioni a partire dalle ore 24 del 30/06 alle ore 24 del 31/12 di ogni anno il premio sarà pari al 50% del premio lordo annuo. Decorrenza ed effetto saranno pari alla data di pagamento della quota associativa.

Art. 4 - Pagamento del premio

Il Contraente dovrà versare al Broker, i premi entro il 27 del mese successivo a quello in cui è avvenuto il pagamento della quota di iscrizione ovvero della quota di rinnovo dell'iscrizione del socio al Contraente.

Ai sensi dell'art. 118 del Codice delle Assicurazioni, la Società delega il Broker all'incasso del premio per suo conto.

I pagamenti effettuati dalla Contraente al Broker si considereranno pertanto come effettuati direttamente alla Società; i premi incassati dovranno essere versati dal Broker in un conto separato, ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni.

Art. 5 - Massimali

Il massimale assicurato per ogni socio regolarmente iscritto al Contraente è stabilito in € 2.000.000,00 unico per sinistro e per anno, per le garanzie di Responsabilità Civile Professionale e Responsabilità Civile verso Terzi e Prestatori di Lavoro (RCT/O Conduzione Uffici).

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 1 – Altre Assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dalla dichiarazione dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio a suo nome; in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri. (art. 1910 Codice Civile).

Qualora esista polizza di responsabilità civile stipulata dall'Azienda Sanitaria pubblica o da struttura privata ove l'Assicurato eserciti la professione, che assicura il personale sia dipendente che libero professionista o altra polizza di responsabilità civile stipulata dall'Assicurato, la presente Assicurazione agirà in eccesso ai massimali garantiti dalla/e polizza/e sopra indicata/e, e comunque fino alla concorrenza del massimale del presente contratto. Resta inteso che in caso di non operatività dell'altra/e assicurazione/i la presente polizza si intenderà operante a "primo rischio".

Art. 2 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 3 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 4 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5 – Rinuncia alla disdetta in caso di sinistro

La disdetta per singolo assicurato non è consentita salvo il preventivo nulla osta del Contraente (a valere, in tal caso, dalla prima scadenza annuale successiva).

Art. 6 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 7 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello della Autorità Giudiziaria del luogo in cui ha sede la direzione della Società o presso l' Intermediario cui è assegnata la polizza o dove ha sede il Contraente. Il tutto senza pregiudizio per il diritto di chiamata in causa dell'assicuratore di cui all'art.1917, IV comma, c.c.

Art. 8 - Rinvio alle norme di legge ed interpretazione del contratto

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Qualsiasi interpretazione di questa polizza, verrà effettuata, ove non stabilito diversamente, in applicazione delle leggi dello Stato Italiano.

Art. 9 - Clausola broker

La gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, è affidata al broker e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti dal broker, il quale tratterà con la Società. Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e sue integrazioni e modificazioni, tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per i singoli Assicurati.

Tutte le comunicazioni riguardanti la gestione del contratto saranno effettuate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta e saranno valide anche se fatte al/dal broker, che viene quindi riconosciuta da Società e Assicurato quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto degli stessi (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso della Convenzione che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Il broker si impegna a notificare tempestivamente tutte le denunce di sinistro e di circostanza alla Società e comunque entro 15 giorni da quando ne abbia avuto a sua volta comunicazione da parte dell'Assicurato.

Art. 10 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto a Bucchioni's Studio sas ed indirizzati a: Bucchioni's Studio sas, Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia. Fax 0187/575808 – Mail info@bucchioniassicurazioni.it.

Sarà cura della Compagnia informare il reclamante dell'avvenuta ricezione e della presa in carico del reclamo, entro 5 giorni dalla ricezione dello stesso. La Compagnia comunicherà gli esiti del reclamo al reclamante il prima possibile, e comunque entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, potranno essere presentati direttamente a:

IVASS
Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

contestualmente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET:

eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;

i reclami già presentati direttamente a noi e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte nostra o che abbiano ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

Il nuovo reclamo dovrà contenere:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c. breve descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro della stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

SEZIONE I

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' COLPA GRAVE E RCT/O PROFESSIONI SANITARIE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

A) Responsabilità civile da "Colpa Grave" – per i professionisti sanitari - dipendenti pubblici

Con particolare riferimento alla Legge Gelli n.24/2017 la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, in relazione ai Sinistri verificatisi nel periodo meglio specificato all'art.2, 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 passata in giudicato 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.

B) Responsabilità da "Colpa Grave" – per i professionisti sanitari - dipendenti strutture sanitarie private

Con particolare riferimento alla Legge Gelli n.24/2017 la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, in relazione ai Sinistri verificatisi nel periodo meglio specificato all'art.2, di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a titolo di responsabilità 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 passata in giudicato dalla magistratura ordinaria a seguito di giudizio di accertamento e condanna per responsabilità per colpa grave. **È esclusa la garanzia in caso di dolo dell'assicurato da cui sia generata responsabilità per colpa grave.**

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

C) Responsabilità Civile Professionale – per liberi professionisti

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato in relazione ai Sinistri verificatisi nel periodo meglio specificato all'art.2, relativi a Danni Corporali e/o Danni Materiali cagionati a terzi in conseguenza di un fatto colposo, di errore o di omissione, commessi nel lasso temporale indicato al seguente art.2, unicamente nell'esercizio dell'attività professionale.

L'Assicurazione non vale per le Richieste di risarcimento relative a circostanze o situazioni già note all'Assicurato prima della data di effetto della presente polizza e che possano presumibilmente determinare Richieste di risarcimento indennizzabili con la presente polizza.

Sono altresì compresi in garanzia la responsabilità civile derivante:

- dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato;
- per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti l'attività svolta dall'Assicurato, compreso l'impiego di apparecchi a raggi X esclusivamente per scopi diagnostici;
- da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta. In questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%;
- dal fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- dall'applicazione del Dlgs. 196/2003;
- da colpa grave;
- all'Assicurato per i danni agli strumenti e/o apparecchiature di proprietà di terzi, il cui utilizzo viene richiesto dall'attività professionale svolta dall'assicurato.

Art. 2 - Validità temporale dell'assicurazione

L'Assicurazione è valida per i sinistri (vedasi la relativa definizione riportata nella sezione definizioni) verificatisi durante il periodo di validità del contratto sempreché il fatto che li ha originati si sia verificato non oltre 10 anni antecedenti la data di decorrenza della presente polizza.

Per i danni derivanti da azioni od omissioni poste in essere prima della stipulazione del contratto, per i quali sia operante la garanzia postuma di una polizza di responsabilità civile professionale stipulata precedentemente con 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'assicurato ha facoltà di denunciare all'assicuratore, tramite il broker, durante il periodo di assicurazione qualsiasi circostanza di cui venga a conoscenza per la prima volta nello stesso periodo, che si presuma possa ragionevolmente dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato, fornendo le precisazioni necessarie e opportune con i dettagli relativi a date e persone coinvolte. L'eventuale richiesta di risarcimento pervenuta in seguito alle comunicazioni sopra specificate sarà considerata come se fosse stata fatta durante il periodo d'assicurazione

Art. 3 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'assicurazione è valida per i danni che avvengono nel mondo intero, con l'esclusione di Stati Uniti, Canada e Messico.

Ai fini dell'assicurazione prestata con la presente polizza, non sono considerati terzi il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente.

Art. 5 - Limite di indennizzo

L'Assicurazione è prestata fino a concorrenza di un massimale pari ad Euro 2.000.000,00 per ogni singolo Assicurato e per ciascun periodo assicurativo annuo o minor periodo compreso tra la data di inserimento nella garanzia e quella di scadenza annuale della polizza, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato medesimo nello stesso periodo di copertura.

Art. 6 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a. i danni la cui copertura assicurativa è regolata dal D.Lgs. 209/2005 nella parte relativa all'Assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nonché i danni che possono derivare dalla proprietà, possesso, circolazione od uso di qualsiasi aeromobile o natante;
- b. i danni, di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene e gassose; infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture;
- c. i danni verificatisi in relazione ai rischi assicurati, in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d. direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di legge;
- e. i danni da attività di sperimentazione clinica;
- f. i danni da attività di ricerca;
- g. derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- h. da furto;
- i. alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- j. provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività
- k. i danni alle cose di terzi che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- l. derivanti dalla proprietà di fabbricati e loro impianti fissi;
- m. derivanti da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.
- n. la Società non sarà tenuta a prestare copertura né sarà obbligata a pagare alcun sinistro od a riconoscere alcun beneficio previsto nella presente Polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale sinistro od il riconoscimento di tale beneficio esponga le Società a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA.

Art. 7 - Denuncia dei sinistri

L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Società di ciascun Sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

Nel periodo di validità del contratto, l'Assicurato ha la facoltà di denunciare ogni fatto o circostanza, da cui possano presumibilmente derivare danni indennizzabili da questa Assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Si rimanda quanto disposto dall'articolo 1 – Altre Assicurazioni delle Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

CONDIZIONI PARTICOLARI SEZIONE I

Art. 1 - Garanzia postuma in caso di cessazione dell'attività professionale

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.

SEZIONE II

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO/CONDUZIONE UFFICIO

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione RCT RCO

A) ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi da lui stesso o da persone delle quali debba rispondere per lesioni personali e/o per danni a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale. L'assicurazione vale inoltre per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere a termini di legge.

B) Assicurazione della responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare (capitali, interessi e spese), quale civilmente responsabile per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti da prestatori di lavoro addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione:

- ai sensi delle disposizioni di legge disciplinanti le azioni di regresso o surroga esperite dall'INAIL;
- ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente alinea cagionati ai prestatori di lavoro per lesioni personali.

L'assicurazione è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge; qualora tuttavia l'irregolarità derivi da comprovate inesatte o erronee interpretazioni delle norme di legge vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità. Resta inteso che l'onere della prova circa l'inesatta o erronea interpretazione è a carico dell'Assicurato.

L'assicurazione di cui alle lettere A) e B) di cui sopra vale anche per le azioni esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 n. 222 e successive modifiche od integrazioni

Art. 2 - Limite di indennizzo

La garanzia prestata ai sensi della presente sezione II è soggetta ad un sottolimito di Euro 500.000,00 per sinistro e per anno e si applicherà una franchigia di Euro 2.500,00 per sinistro.

Fermo il limite previsto in polizza di Euro 2.000.000 per ogni assicurato e per ciascun periodo assicurativo, per la rivalsa di colpa grave, come previsto dalla Legge Gelli 8 marzo 2017 n. 24, il massimale previsto per il limite di rivalsa è stabilito in tre volte della retribuzione lorda e/o del corrispettivo convenzionale e/o del reddito professionale conseguito nell'anno di inizio della condotta causa o dell'anno immediatamente precedente o successivo.

Art. 3 - Validità temporale dell'assicurazione RCT/O

L'assicurazione è valida per i danni (lesioni personali a terzi e/o a prestatori di lavoro nonché danni a cose di terzi) verificatisi durante il periodo di efficacia della polizza.

Art. 4 - Validità territoriale dell'assicurazione

L'assicurazione RCT è valida per i danni che avvengono nel mondo intero, con l'esclusione di Stati Uniti, Canada e Messico.

L'assicurazione RCO è valida per i danni che avvengono nel mondo intero.

Art. 5 - Novero dei terzi

Ai fini dell'assicurazione RCT non sono considerati "terzi":

il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente;

i prestatori di lavoro che subiscono il danno in occasione di lavoro o di servizio poiché per gli stessi si applica la sola copertura R.C.O. di cui alla lettera B) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.

Art. 6 - Esclusioni

Danni esclusi dall'assicurazione R.C.T./O.:

- a. i danni la cui copertura assicurativa è regolata dal D.Lgs. 209/2005 nella parte relativa all'Assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nonché i danni che possono derivare dalla proprietà, possesso, circolazione od uso di qualsiasi aeromobile o natante;
- b. i danni da spargimento di acque o rigurgito di fogne, salvo che si tratti di rottura accidentale di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stitlicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
- c. i danni da furto;
- d. ogni tipologia di danno derivante da sinistri coperti dalla sezione I - RC professionale;
- e. gli eventuali danni dei quali l'Assicurato, pur non essendone legalmente responsabile, si sia accollato il risarcimento in forza di clausole od impegni inseriti in contratti od accordi da lui sottoscritti od accettati; multe, ammende e penalità in genere da chiunque sostenute;
- f. i danni, di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene e gassose; infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua; alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- g. i danni derivanti e/o causati direttamente o indirettamente a seguito di ingestione, inalazione, assorbimento od esposizione ad amianto, silice e piombo in qualsiasi forma (fibre, polveri, vernici);
- h. i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- i. i danni derivanti da campi elettromagnetici (ElectromagneticFields EMF) e da onde elettromagnetiche (ElectromagneticRadiation EMR);
- j. la Società non sarà tenuta a prestare copertura né sarà obbligata a pagare alcun sinistro od a riconoscere alcun beneficio previsto nella presente Polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale sinistro od il riconoscimento di tale beneficio esponga le Società a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA

Art. 7 – Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono:

Agli effetti dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi (RCT)

- a. esporre nella denuncia la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro;
- b. far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro, adoperandosi per l'acquisizione degli elementi di difesa nonché, se la Società lo richiede, per un componimento amichevole;

Agli effetti dell'assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO) il Contraente/Assicurato devono denunciare soltanto i sinistri:

- che abbiano causato morte o per i quali venga superata (anche per successive proroghe)
- una prognosi per inabilità temporanea di 40 giorni, o
- per i quali abbia luogo inchiesta dell'Autorità Giudiziaria, o
- per i quali gli pervengano richieste di risarcimento.

In questi casi i sinistri dovranno essere denunciati entro 3 giorni da quando il Contraente/Assicurato ne abbia avuto conoscenza. L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

CONDIZIONI PARTICOLARI COMUNI ALLE SEZIONI I E II

PROTEZIONE PROFESSIONI MEDICHE E SANITARIE

Art. 1 - Responsabilità solidale

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

Art. 2 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito nella Scheda di polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e dell'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro 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.

ESTENSIONE CONTINUITA' ASSICURATIVA

A parziale deroga dell'art. 6. 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 inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli assicuratori i fatti già noti e/o l'omissiva dichiarazione del modulo di proposta sia dovuto a dolo.

IL CONTRAENTE


Argoglobal Assicurazioni S.p.A.

