

PROFESSIONISTA SANITARIO 2.0

Contratto di Assicurazione di Responsabilità Civile della professione medica

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Condizione di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.
Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI “RAMI ELEMENTARI” POLIZZA PROFESSIONISTA SANITARIO 2.0

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Il contratto è concluso con Amissima Assicurazioni S.p.A., società appartenente al Gruppo Assicurativo AMISSIMA, iscritto con il n. 050 all'Albo dei Gruppi Assicurativi istituito presso l'IVASS ed assoggettata a direzione e controllo della Capogruppo Assicurativa AMISSIMA Holdings S.r.l., già Primavera Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano tel. 02.3076.1 – telefax. 02.3086.125 – sito: www.amissimagruppo.it - indirizzo di posta elettronica certificata: amissima@pec.amissima.it. Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: n. 1.00031 Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31 dicembre 2016, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad Euro 281,1 milioni, di cui Capitale Sociale Euro 209,7 milioni e Riserve Patrimoniali Euro 61,9 milioni. L'indice di solvibilità è pari al 110,66% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata, fax o P.E.C. (disdette@pec.amissima.it) almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale (sessanta giorni nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio), il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione, delle Norme che regolano il contratto di Assicurazione in generale.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte e lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale descritta in polizza, secondo quanto previsto agli Artt. 14 e 15 – Oggetto dell'Assicurazione, dei Settori A e B.

Estensioni di copertura

È data facoltà di estendere le coperture assicurative prestate ai casi previsti dalle Garanzie Aggiuntive di polizza, operanti solo se espressamente richiamate.

Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le “Esclusioni” di polizza espressamente indicate nelle Norme comuni a tutti i Settori, determinano i casi di inoperatività della copertura (Artt. 14, 15, 20, 21).

Avvertenza - Limitazioni di copertura - Franchigie e scoperti di polizza

Le coperture di polizza possono prevedere limitazioni derivanti dall'applicazione di scoperti, franchigie, minimi non indennizzabili e sottolimiti di risarcimento come previsto dall'Art. 18 delle Norme comuni a tutti i Settori e da quanto previsto dalle Garanzie Complementari e dalle Garanzie Aggiuntive.

Esempi di applicazione di franchigie e scoperti:

- a) Danno accertato: Euro 1.000,00 - Franchigia: Euro 150,00 - Indennizzo: Euro 850,00.
- b) Danno accertato: Euro 1.000,00 - Scoperto 10% - Indennizzo: Euro 900,00.
- c) Danno materiale accertato: Euro 600,00 - Scoperto 10%, col minimo non indennizzabile Euro 550,00 - Danno indennizzabile: Euro 50,00.

4. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Avvertenza - Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, comportano effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 c.c. e dall'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione della presente polizza - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Avvertenza - Il contratto di Assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- 1) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- 2) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- 3) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

come indicato all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano il contratto di Assicurazione in generale.

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio, secondo quanto previsto dall'Art. 1898 c.c. e dagli Artt. 5 - Aggravamento del rischio e 6 - Diminuzione del rischio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Esempio: Professionista che si assicura per l'attività di medico specializzato in oncologia, divenendo successivamente Primario del reparto.

6. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 3 – Pagamento del premio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale o semestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'Impresa o all'Impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'Impresa o all'Impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a Euro 750,00 (settecentocinquanta).

Avvertenza - è facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia (es. copertura per sola colpa grave o previsione di specifiche franchigie).

7. RIVALSA

È il diritto dell'assicuratore di rivalersi nei confronti del responsabile dell'evento dannoso, come previsto dall'Art. 1916 c.c..

Avvertenza - L'Art. 24 – Diritto di surrogazione – delle Norme comuni a tutti i Settori, cita: *“fermo il disposto dell'Art. 1916 c.c. l'Assicurato si obbliga, a richiesta della Società, a conferirle formale mandato ad agire verso i terzi, anche prima del pagamento dell'indennizzo”*.

8. DIRITTO DI RECESSO

Avvertenza - Le Parti hanno la possibilità di recedere entro i termini previsti dall'Art. 9 - Facoltà di recesso, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

E' prevista la facoltà per il Contraente di disdettare il contratto nei termini previsti dall'Art. 10 – Proroga dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Avvertenza - In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata; in caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

9. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui il Terzo ha richiesto il risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro di questi l'azione, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c. (3 giorni da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza), può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 7 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

10. LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art. 180 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

11. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono pari al 22,25% del premio imponibile.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. SINISTRI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Avvertenza - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso per iscritto, anche via **P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it**, alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c.. Le Norme che regolano l'assicurazione in generale disciplinano quali sono gli obblighi alla cui osservanza l'Assicurato deve attenersi in caso di sinistro (Art. 7) e determinano le modalità di gestione delle vertenze di danno e delle spese legali (Art. 8).

13. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Informazioni sulla procedura reclami ex. art. 10 Regolamento Isvap n. 24/2008

Secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 24/2008 e successive integrazioni, in tutti i casi in cui l'utente - ad esempio Contraente, Assicurato, beneficiario o danneggiato, Associazione dei Consumatori - si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà in prima battuta sporgere formale reclamo per iscritto alla Compagnia assicuratrice, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano
- a mezzo fax 02/45402417
- a mezzo mail: reclami@amissima.it

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami relativi ai comportamenti degli Agenti (sez. A del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori

Amissima Assicurazioni S.p.A. gestirà i reclami presentati con riferimento ai comportamenti degli agenti di cui si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e collaboratori, fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Il suddetto termine è sospeso per un massimo di 15 giorni al fine di procedere alle integrazioni istruttorie nei confronti dell'agente interessato.

Reclami relativi ai comportamenti degli intermediari quali Banche, Intermediari Finanziari, (sez. D del Registro Unico Intermediari), Broker (sez. B del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori.

Il reclamo relativo al comportamento degli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché quello relativo ai comportamenti dei loro dipendenti e collaboratori, dovrà essere inviato esclusivamente allo stesso intermediario, il quale provvederà ad emettere il relativo riscontro nel termine massimo di 45 giorni.

Al fine di proporre il reclamo si dovrà utilizzare il modulo presente sul sito www.ivass.it.

Qualora il reclamo presenti problematiche inerenti ad Amissima Assicurazioni S.p.A., oltre che agli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché ai loro dipendenti e collaboratori, verrà autonomamente riscontrato da entrambi entro il termine massimo di 45 giorni.

Il reclamante che non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, avrà la facoltà di ricorrere:

- all'IVASS (www.ivass.it) inoltrando l'apposito modulo
 - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
 - via fax 06.42.133.206,
 - via PEC all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'Art. 4 del Regolamento Isvap n. 24/2008 potranno essere inviati all'IVASS:

- a. i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b. i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'Art. 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- c. i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'Art. 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

- all'arbitrato, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.
- alla conciliazione paritetica, di cui [il consumatore](#) può avvalersi in presenza dei seguenti requisiti:
 - [non ha già incaricato altri soggetti a rappresentarlo](#);
 - richiesta di [risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti](#) all'Impresa non superiore a 15.000,00 euro;
 - assenza di risposta da parte dell'Impresa;
 - diniego al risarcimento;
 - offerta accettata solamente a titolo di acconto.

Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema.

Qualora il reclamante intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo obbligo ricorrere in via preliminare alla Mediazione; il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'Art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, **l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).** In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2442.

Il reclamante può anche ricorrere, in forma facoltativa, alla procedura di Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n. 162), la quale può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

14. ARBITRATO

Le controversie con l'Assicurato possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Avvertenza - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Mediazione civile

Si rammenta che il D. Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltreché al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni. Con riferimento alla mediazione civile ex D. Lgs 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

La mediazione è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis C.P.C. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Avvertenza - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n. 221, ha predisposto nella home page del sito internet www.amissimagruppo.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.

Consultando il sito Internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

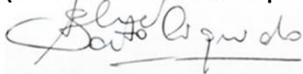
Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale

(dott. Alessandro Santoliquido)



Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

ATTI INVASIVI:

il complesso delle indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo di sonde, cateteri o altri strumenti previsti dalle diverse specializzazioni mediche (es. coronarografie, pace-maker, endoscopie).

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

COSE:

sia gli oggetti materiali sia gli animali.

DIRETTORE SANITARIO:

medico direttore della struttura ospedaliera a fini organizzativi ed igienico-sanitari. Partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale ed assicura il sistema di governo clinico.

FRANCHIGIA:

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico in quanto non coperto dalla polizza e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

INTERVENTO CHIRURGICO:

ogni operazione eseguita in sala operatoria.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

MASSIMALE:

somma indicata nella scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di risarcimento/indennizzo in caso di sinistro risarcibile/indennizzabile a termini di polizza.

PERDITE PATRIMONIALI:

il pregiudizio economico risarcibile/indennizzabile a termini di polizza che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danni a cose.

PERIODO DI ASSICURAZIONE:

ogni intera annualità assicurativa, intendendo ogni periodo come a sé stante distinto dal precedente e dal successivo.

PICCOLO INTERVENTO CHIRURGICO:

operazione ambulatoriale o domiciliare, non eseguita in sala operatoria.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

PRIMARIO:

medico che dirige un reparto ospedaliero.

RISARCIMENTO/INDENNIZZO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SCOPERTO:

la percentuale di danno risarcibile/indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato in quanto non coperto dalla polizza.

SINISTRO:

per quanto riguarda la copertura per Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.), la richiesta di risarcimento relativa all'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione pervenuta durante la vigenza della polizza.

Per quanto riguarda la copertura per Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.), l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

SPECIALIZZANDO:

medico laureato che segue un corso di specializzazione post-laurea.

TECNICO:

operatore paramedico esercitante l'attività mediante ausilio di strumentazioni ed apparecchiature specifiche.

TIROCINANTE:

medico, tecnico o studente ancora non laureato che svolge un "praticantato" propedeutico all'abilitazione per l'esercizio della professione. Il tirocinio, della durata massima di 18 mesi, consiste nell'addestramento, a contenuto teorico e pratico, del praticante, ed è finalizzato a conseguire le capacità necessarie per la professione. È obbligatorio per sostenere l'esame di abilitazione professionale.

VIGENZA DELLA POLIZZA:

periodo temporale che decorre dalla data di inizio della polizza sino alla data di termine per come identificato nel relativo frontespizio.

Informativa privacy

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d’ora innanzi “il Decreto Legislativo”), AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipule di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all’adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell’ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

A) connesse all’adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normative comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);

B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all’esercizio dell’attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

C) di informazione e promozione commerciale, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l’interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l’adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

a) Comunicazioni obbligatorie: sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell’ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.

b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l’esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o

di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: è ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società. Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

Condizioni generali di assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITA'

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato o il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato o il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di 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 c.c..

Art. 6 – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso ai sensi dell'Art. 1897 c.c..

Art. 7 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne sono venuti a conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c..

Devono inoltre far seguito nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del sinistro di cui l'Assicurato o il Contraente siano venuti a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro successivamente a loro pervenuti.

L'inadempimento dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c. può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità.

Art. 8 – GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale ed amministrativa designando, ove occorra, legali o tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'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 il diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivato 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 in 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 Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 9 – FACOLTÀ DI RECESSO

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C. come previsto dall'Art. 10 – Proroga dell'assicurazione.; in caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Art. 10 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE (tacito rinnovo)

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 11 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 12 – ONERI FISCALI

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

Art. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SETTORE A – AREA MEDICA

Norme che regolano l'assicurazione di Responsabilità Civile del Medico.

Art. 14 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di cose;

In conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale descritta in polizza.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso dei suoi dipendenti.

L'assicurazione opera solo ed esclusivamente se l'Assicurato (e/o il suo dipendente e/o la persona della quale debba rispondere) al momento del comportamento colposo sia regolarmente abilitato all'esercizio della professione sanitaria dichiarata in polizza ed iscritto al relativo albo istituito ai sensi di legge; inoltre l'operatività della polizza è subordinata al fatto che l'Assicurato (e/o il suo dipendente e/o la persona della quale debba rispondere) non sia sospeso, al momento del comportamento colposo e per qualunque causa, dall'esercizio della professione.

L'assicurazione si intende operante anche per:

- a) i danni derivanti da piccoli interventi chirurgici ambulatoriali e/o domiciliari, anche per quelle professioni per cui non è previsto l'esercizio della chirurgia;
- b) I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche quando la prestazione professionale dell'assicurato non rientri nell'ambito dell'attività dichiarata in polizza (esclusi interventi chirurgici per quelle professioni per cui non è previsto l'esercizio della chirurgia), purché si tratti di azione compiuta in stato di necessità;
- c) I danni derivanti dall'uso di apparecchiature in genere anche elettriche, purché correlate all'attività esercitata, escluso il laser;
- d) limitatamente ai dipendenti di struttura pubblica, i danni erariali accertati con sentenza della Corte dei Conti (colpa grave), su cui l'Ente ospedaliero possa promuovere rivalsa.

CONDIZIONI SPECIALI

Valide quando l'assicurazione sia riferita ad uno dei rischi sottoindicati.

1) MEDICO

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante:

- dall'impiego di apparecchi a raggi X ed altre tecniche radianti ed altre tecniche di immagine per scopi diagnostici e terapeutici con esclusione dei danni riconducibili a guasti dei macchinari utilizzati;
- dall'attività di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria.

2) VETERINARIO

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere. L'assicurazione comprende i danni agli animali in custodia presso l'Assicurato.

3) MEDICO LEGALE (Perdite patrimoniali)

L'assicurazione comprende i danni patrimoniali involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale di medico legale.

L'assicurazione è prestata con uno scoperto del **10%** per ciascun sinistro, con il minimo assoluto di **Euro 500,00** e con un massimo risarcimento per sinistro ed annualità assicurativa pari ad 1/3 del massimale di polizza. L'assicurazione non è operante per le perdite patrimoniali conseguenti a:

- rischi collegati al D. Lgs. n. 81/2008 (ex D. Lgs. n. 626/94);
- multe ed ammende inflitte direttamente all'Assicurato o all'Ente di appartenenza per fatto dell'Assicurato stesso.

4) MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D. LGS. 81/2008 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

(Perdite patrimoniali da attività di medico competente ai sensi del D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni)

L'assicurazione comprende le perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi nello svolgimento delle funzioni di medico competente ai sensi del D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche.

L'assicurazione è operante a condizione che:

- il professionista sia in possesso dei requisiti richiesti per ricoprire tale incarico;
- l'attività non sia svolta per persone fisiche o giuridiche di cui l'Assicurato sia socio a responsabilità illimitata, amministratore o dipendente.

L'assicurazione non è operante:

- per le spese affrontate dal committente per modifiche, sostituzioni, rifacimenti, migliorie resi necessari dall'inadeguatezza degli interventi indicati dall'Assicurato;
- per la consapevole inosservanza delle norme previste in ordine alla prevenzione e protezione previste dalla legge.

L'assicurazione opera per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato con esclusione di ogni responsabilità che gli possa derivare in via solidale dal rapporto con gli altri professionisti o dal rapporto con il committente.

L'assicurazione viene prestata fino alla concorrenza per sinistro ed anno di 1/3 del massimale di polizza.

Limitatamente ai danni patrimoniali, comprese le multe, ammende e sanzioni inflitte a terzi per errori e/o omissioni imputabili all'Assicurato nell'espletamento dell'incarico, rimane a carico dell'Assicurato il **10%** dell'importo di ogni sinistro con il minimo assoluto di **Euro 500,00**.

SETTORE B – AREA PARAMEDICA e TECNICA

Norme che regolano l'assicurazione di Responsabilità Civile del Paramedico.

Art. 15 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di cose;

In conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale descritta in polizza.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso dei suoi dipendenti.

L'assicurazione opera solo ed esclusivamente se l'Assicurato (e/o il suo dipendente e/o la persona della quale debba rispondere) al momento del comportamento colposo sia regolarmente abilitato all'esercizio della professione dichiarata in polizza ed iscritto al relativo albo, ove previsto, istituito ai sensi di legge; inoltre l'operatività della polizza è subordinata al fatto che l'Assicurato (e/o il suo dipendente e/o la persona della quale debba rispondere) non sia sospeso, al momento del comportamento colposo e per qualunque causa, dall'esercizio della professione.

L'assicurazione si intende operante anche per:

- a) i danni derivanti da piccoli interventi chirurgici ambulatoriali e/o domiciliari, anche per quelle professioni per cui non è previsto l'esercizio della chirurgia;
- b) I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche quando la prestazione professionale dall'assicurato non rientri nell'ambito dell'attività dichiarata in polizza (esclusi interventi chirurgici per quelle professioni per cui non è previsto l'esercizio della chirurgia), purché si tratti di azione compiuta in stato di necessità;
- c) I danni derivanti dall'uso di apparecchiature in genere anche elettriche, purché correlate all'attività esercitata, escluso il laser;
- d) limitatamente ai dipendenti di struttura pubblica, i danni erariali accertati con sentenza della Corte dei Conti (colpa grave), su cui l'Ente ospedaliero possa promuovere rivalsa.

CONDIZIONI SPECIALI

Valide quando l'assicurazione sia riferita ad uno dei rischi sottoindicati.

1) ODONTOTECNICO - TECNICO AUDIO PROTESISTA

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato connessa alla sua qualità di tecnico autorizzato unicamente a costruire apparecchi di protesi su modelli di impronte fornite dai medici chirurghi e da persone abilitati a norma di legge, con le indicazioni del tipo di protesi da eseguire.

L'assicurazione comprende i danni cagionati a terzi dai dispositivi medici su misura come da D. Lgs. 24.02.1997 n. 46 in attuazione della direttiva 93/42 CEE concernente i dispositivi medici.

Sono in ogni caso esclusi dall'assicurazione i danni derivati da:

- a) ogni tipologia di intervento chirurgico, effettuato dall'Assicurato anche alla presenza ed in concorso del medico o della persona abilitata;
- b) qualsiasi manovra, cruenta ed incruenta, nella bocca o nell'orecchio del paziente, sani o malati;
- c) rimpiazzo degli apparecchi di protesi o di sue parti, nonché delle spese di riparazione.

2) BIOLOGO - ETOLOGO - NUTRIZIONISTA

Resta esclusa la responsabilità derivante dalla distribuzione del sangue e la responsabilità che possa essere ascritta all'Assicurato in via solidale con Enti, Organismi ed altre persone fisiche e/o giuridiche.

NORME COMUNI A TUTTI I SETTORI

Art. 16 – INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre due anni prima della data di effetto della polizza. L'Assicurato dichiara, ai sensi di quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun fatto e/o circostanza che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile.

Art. 17 – PROSIEGUO DELLA COPERTURA PER CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

A parziale deroga dell'Art. 16 in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), infortunio, malattia o morte, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Società entro un periodo di tempo pari a quello in cui è rimasto in corso un rapporto assicurativo continuativo con la Società, con il massimo di due anni, dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle Norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

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

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

- a) che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi eredi entro 30 giorni dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività;
- b) che l'Assicurato o i suoi eredi si impegnino a comunicare ai sensi dell'Art. 1910 c.c. l'eventuale stipula, con altre Società, di coperture contratte per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;
- c) che l'Assicurato o i suoi eredi dichiarino ai sensi e gli effetti degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.

Qualora ricorrano le citate condizioni, l'Assicurato o i suoi eredi, per rendere operativa la presente estensione di garanzia, dovranno versare un premio pari a quello versato nell'ultimo anno.

L'estensione di garanzie avverrà mediante emissione di un'appendice alla polizza, con allegate le relative condizioni di copertura, avente effetto dalla scadenza della polizza successiva alla cessazione dell'esercizio dell'attività professionale e durata corrispondente a quella applicabile in base alle norme suindicate.

Art. 18 – LIMITI DI RISARCIMENTO

La presente assicurazione di cui agli Artt. 14 e 15 è prestata fino a concorrenza del massimale indicato in polizza per ciascun periodo assicurativo annuo, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato nello stesso periodo.

Art. 19 – PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- a) le persone cui compete la qualifica di Assicurato;
- b) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- c) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione alle attività cui si riferisce l'assicurazione.

Art. 20 – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

- a) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- b) da furto;

- c) a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- d) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili compresi gli ultraleggeri;
- e) da inquinamento comunque avvenuto;
- f) da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- g) da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivatigli dalla legge;
- h) da attività di sperimentazione clinica;
- i) da attività di ricerca;
- j) da analisi chimiche nel settore merceologico ed ambientale;
- k) da mancato, errato, inadeguato funzionamento del sistema informativo e/o qualsiasi impianto, apparecchiatura, componente elettronica, firmware, software, hardware, in ordine alla gestione delle date;
- l) derivanti da dolo dell'Assicurato;
- m) derivanti da fatti e/o circostanze noti all'Assicurato al momento della stipula della polizza;
- n) derivanti dalla pratica della fecondazione artificiale e della procreazione assistita.

L'assicurazione R.C.T./R.C.O. non comprende i danni:

- o) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive, salvo quanto previsto dalla Condizione Speciale 1) del Settore A;
- p) la responsabilità derivante direttamente o indirettamente da nanotecnologie e/o lavorazioni che comportino l'utilizzo di nanotecnologie dei settori auto, vernici e tessile.

Per nanotecnologie si intende (US National Nanotechnology Initiative 2007): ricerca e sviluppo di tecnologie su scala atomica, molecolare o macromolecolare dell'ordine da 1 a 100 nanometri(nm) approssimativamente; creazione e utilizzo di strutture, dispositivi e sistemi con nuove proprietà e funzioni come risultato delle loro dimensioni piccole e/o intermedie; capacità di controllare o manipolare su scala atomica.

L'Assicurazione R.C.T./R.C.O. non opera inoltre se al momento del compimento del comportamento che ha originato il sinistro l'Assicurato non era iscritto al relativo albo professionale o, per quanto riguarda l'Area Paramedica e Tecnica, al relativo Collegio, Ruolo, Registro e simili o non era in possesso di valido diploma, certificato o documento equivalente abilitante all'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza ai sensi della normativa vigente o era comunque sospeso dall'esercizio della professione.

Art. 21 – RISCHI ASSICURABILI SOLO CON PATTO SPECIALE

L'assicurazione R.C.T. non comprende i danni:

- a) da attività di Responsabile di struttura - Primario;
- b) da attività di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa;
- c) da uso di laser a scopi diagnostici e terapeutici;
- d) da attività di dialisi e trasfusionali;
- e) da implantologia;
- f) da danno estetico e fisionomico;
- g) da analisi genetiche.

Art. 22 – COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

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, e/o polizza stipulata dall'Assicurato stesso, 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.

Qualora l'Assicurato sia dipendente di struttura sanitaria pubblica o privata che abbia sottoscritto una copertura di RC Professionale che preveda una franchigia ovvero una quota di ritenzione del rischio al di sopra della quale venga prestata manleva dall'assicuratore, la presente polizza opererà in eccesso a tale franchigia/quota di ritenzione del rischio.

Art. 23 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione R.C.T./R.C.O. vale per i danni che avvengano nel territorio di tutti i Paesi europei.

Art. 24 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

Fermo il disposto dell'Art. 1916 c.c. l'Assicurato si obbliga, a richiesta della Società, a conferirle formale mandato ad agire verso i terzi, anche prima del pagamento dell'indennizzo.

Art. 25 - VINCOLO DI SOLIDARIETÀ

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponderà soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con esclusione quindi di quella parte di responsabilità che dovesse ricadere sull'Assicurato in virtù del vincolo di solidarietà.

GARANZIE COMPLEMENTARI

Operanti in quanto compatibili e per le attività svolte nei termini delle leggi e dei regolamenti che le disciplinano

CL) Conduzione dei locali

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla conduzione dei locali adibiti a studio professionale nonché dal fatto del personale dipendente ad esso adibito e delle attrezzature ivi esistenti.

PL) Proprietà dei locali

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante della proprietà dei locali adibiti a studio professionale, compresi gli impianti fissi destinati alla loro conduzione con l'esclusione dei danni derivanti:

- a) da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione;
- b) da spargimento d'acqua o da rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rottura accidentale di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio, ed in genere insalubrità dei locali. Limitatamente ai danni da spargimento di acqua o da rigurgiti di fogna, derivanti da rottura accidentale, il risarcimento viene corrisposto con una franchigia assoluta di **Euro 100,00** per ciascun sinistro;
- c) alle opere e cose sulle quali sono installate, nell'edificio sede dello studio professionale, le insegne luminose e non;
- d) da attività esercitate nei fabbricati, all'infuori di quelle per le quali è stipulata l'assicurazione.

PY) Responsabilità Civile derivante dall'applicazione del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche per perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzazione, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito; rimangono comunque escluse le multe e le ammende inflitte direttamente all'Assicurato o all'Ente di appartenenza per fatto dell'Assicurato stesso.

L'assicurazione si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del **10%** per ogni sinistro, con il minimo assoluto di **Euro 500,00** e fino alla concorrenza di un massimale per anno assicurativo di **Euro 26.000,00**.

IN) Atti invasivi

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante dall'Assicurato da atti invasivi a scopi diagnostici e terapeutici.

CO) Mancata acquisizione del consenso informato

Qualora venga accertata in sede di giudizio la responsabilità civile dall'Assicurato derivante da vizio di acquisizione del consenso informato o da non corretta e/o non compiuta redazione di referti o cartelle cliniche, a condizione che tale condotta non conforme abbia comportato un danno al paziente risarcibile ai sensi di polizza, l'assicurazione è prestata con uno scoperto del **10%** per ciascun sinistro con il minimo assoluto di **Euro 1.500,00**.

GARANZIE OPZIONALI

Operanti soltanto se espressamente richiamate in polizza.

RO) Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, purché in regola, al momento del sinistro, con gli obblighi dell'assicurazione di legge, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- A) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'Art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D. Lgs. ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- B) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai lavoratori di cui al precedente punto A) per morte e per lesioni personali da infortunio. In caso di sinistro verrà applicata una franchigia fissa ed assoluta di **Euro 5.000,00**.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della legge 12 giugno 1984 n. 222.

PR) Responsabile di struttura - Primario

A deroga dell'Art. 21 lettera a), l'assicurazione comprende i danni a persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi derivanti da fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla sua funzione di Direttore di struttura complessa, di reparto o divisione ospedaliera nell'ambito di aziende sanitarie pubbliche.

DS) Direttore Sanitario

A deroga dell'Art. 21 lettera b), l'assicurazione comprende i danni a persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi da fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario. Resta espressamente esclusa dalla garanzia la responsabilità civile derivante all'Assicurato da fatti connessi all'attività di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale.

UL) Uso di laser

A deroga dell'Art. 21 lettera c), l'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'uso di apparecchiature laser a scopi diagnostici e terapeutici con l'esclusione dei danni riconducibili a guasti dei macchinari utilizzati.

MA) Medici addetti a centri di dialisi e trasfusionali

A deroga dell'Art. 21 lettera d), l'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni involontariamente cagionati a terzi nella sua qualità di addetto a centri trasfusionali e/o centri di dialisi in conseguenza dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati di pronto impiego. L'assicurazione è operante a condizione che il trattamento e la manifestazione del danno avvengano durante il periodo di validità della polizza e l'Assicurato abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti in merito al controllo preventivo del sangue da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia e in vigore al momento del fatto. L'assicurazione è prestata con un massimo risarcimento pari a 1/3 del massimale indicato in polizza per uno o più sinistri verificatisi nel corso della stessa annualità assicurativa ovvero anche se verificatisi in tempi diversi aventi la stessa origine.

Resta esclusa la responsabilità derivante dalla distribuzione del sangue e la responsabilità che possa essere ascritta all'Assicurato in via solidale con Enti, Organismi ed altre persone fisiche e/o giuridiche.

IM) Implantologia

A deroga dell'Art. 21 lettera e), l'assicurazione comprende i danni conseguenti ad interventi di implantologia, esclusi i danni estetici e fisionomici.

Rimane a carico dell'Assicurato uno scoperto del **10%** dell'importo di ogni sinistro con il minimo assoluto di **Euro 1.000,00**.

DE) Danni estetici e fisionomici

A deroga dell'Art. 21 lettera f), l'assicurazione comprende i danni estetici e fisionomici, purché determinati da errore tecnico nell'intervento con esclusione dall'assicurazione delle pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

Rimane a carico dell'Assicurato uno scoperto del **10%** dell'importo di ogni sinistro con il minimo assoluto di **Euro 500,00**.

AG) Analisi genetiche

A deroga dell'Art. 21 lettera g), l'assicurazione comprende i danni arrecati involontariamente a terzi in conseguenza di analisi genetiche, ferma l'esclusione delle attività di ricerca e sperimentazione.

ER) Estensione retroattività

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 16 delle Norme comuni a tutti i Settori, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre **CINQUE** anni prima della data di effetto della polizza.

SP) Specializzando/Tirocinante

Qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del contratto, non abbia ancora conseguito titolo di specializzazione abilitativo alla professione di riferimento prevista in polizza e/o stia svolgendo tirocinio formativo, viene a tutti gli effetti considerato "specializzando" o "tirocinante" e viene garantita la copertura per Responsabilità Civile professionale. Resta inteso che il conseguimento dell'apposito titolo avvenga in corso di contratto, l'assicurato è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Società la quale si riserva di valutare eventuale mutamento del rischio.

FR) Franchigia Frontale

Fermi ed invariati i casi in cui siano previste in polizza franchigie superiori, negli altri casi il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato previa detrazione dell'importo, per singolo sinistro, espressamente indicato in polizza (franchigia). Resta inteso che tali franchigie riguardano esclusivamente la garanzia RC professionale, restando escluse le casistiche di RC della conduzione e/o proprietà dei locali nonché danni patrimoniali.

CG) Limitazione alla sola Colpa Grave (valida esclusivamente per il dipendente di struttura pubblica)

A parziale deroga di quanto previsto dagli Artt. 14 e 15 - Oggetto dell'assicurazione, dei Settori A e B, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi con limitazione alla sola ipotesi di danno erariale giudizialmente accertato dalla Corte dei Conti in caso di rivalsa da parte dell'Ente ospedaliero pubblico.