

**POLIZZA COLLETTIVA  
N. 0000088611  
ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE  
COLPA GRAVE MEDICA  
ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE**

**CONTRAENTE:  
BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S – INTERMEDIARI AGENTI  
VIA REDIPUGLIA, 15 – 19124 LA SPEZIA (SP) ITALIA  
PARTITA IVA 01089210114**

**SCHEDA DI POLIZZA**

**Polizza N°:** 000088611

**1. Parte Contraente:**

BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI  
AGENTI VIA REDIPUGLIA, 15 - 19124 LA  
SPEZIA (SP) ITALIA  
PARTITA IVA: 01089210114

**Periodo di Validità della Polizza:**

2. Effetto: dalle ore 00:01 del 31/12/2020  
3. Scadenza: alle ore 00:01 del 31/12/2021

4. **Data Retroattività:** dalle ore 00:01 del 31.01.2001

**5. Limite dell'Indennizzo per**

**Risarcimento (Colpa Grave) Sez. I di polizza** EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.  
**Risarcimento Sez II di polizza Condanna in solido** EUR 2.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.

**6. Franchigia per ogni e ciascuna**

**Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.

**7. Premi Annui Lordi:**

Qualifica assicurato	P. annuo Sez. I	P. annuo Sez. II
1. Dirigente Medico e Veterinario	€ 420,00	€ 420,00
2. Medici Convenzionati e Contrattisti	€ 360,00	€ 360,00
3. Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	€ 300,00	€ 300,00
4. Dirigente Non Medico, altre specializzazioni	€ 300,00	€ 300,00
5. Medici Specialisti in formazione	€ 200,00	€ 200,00
6. Componenti del Comitato Etico	€ 150,00	€ 150,00
7. Quadri Sanitari altro Personale Sanitario Dirigenti Infermieristici	€ 70,00	€ 70,00
8. Restante Personale non Sanitario	€ 50,00	€ 50,00

**8. Intermediario a cui è assegnato il Contratto:**

Bucchioni's Studio S.a.s. - Intermediari Agenti (R.U.I. N. A000232125) Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia (Sp) - Italia  
Tel. 0187 - 280122, Fax 0187 - 575808, E-mail colpgrave@bucchionistudio.it

**9. Condizioni Assicurative Generali:**

Allegate

**10. Condizioni Speciali / Condizioni Integrative / Appendici:**

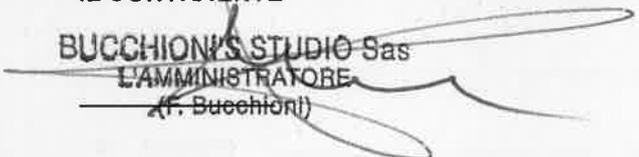
"Allegato A" - Facsimile Modulo di Adesione  
"Allegato - ESTENSIONE CONTINUITA' ASSICURATIVA

---

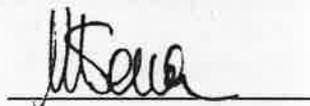
Roma, 31 dicembre 2020

**IL CONTRAENTE**

**BUCCHIONI'S STUDIO Sas**  
L'AMMINISTRATORE  
(F. Bucchioni)



**LA COMPAGNIA**



Ufficio dei Periti Liquidatori:

**COMUNICAZIONE DEI SINISTRI**

La comunicazione deve essere inoltrata per scritto dall'**Assicurato** (o dal suo Intermediario) e indirizzata a:

Bucchioni's Studio Sas Intermediari Agenti - Ufficio Gestione Sinistri  
Via Redipuglia n.15 - 19100 La Spezia  
tel. 0187/280122 - fax 0187/575808  
e-mail: [claudiah@bucchioniassicurazioni.it](mailto:claudiah@bucchioniassicurazioni.it)  
legalmail: [bucchionistudio@legalmail.it](mailto:bucchionistudio@legalmail.it)

**"ALLEGATO A" - FACSIMILE "MODULO DI ADESIONE"**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ presso l'Azienda \_\_\_\_\_

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE"

Con decorrenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Collettiva N° 0000088611 stipulata con la Compagnia di Assicurazione Argo Global Compagnia di Assicurazioni spa che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell'adesione;
- (2) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 23' della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;
- (3) Le richieste di risarcimento, riferite ai fatti noti come definite dalla presente polizza e come meglio specificato all'art. 30, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente polizza;
- (4) Qualora l'Assicurato, per i fatti noti, abbia già ricevuto richieste di risarcimento come definite da polizza la garanzia sarà operativa. L'Assicurato dovrà dimostrare, esibendo la polizza in corso, che i precedenti assicuratori non abbiano potuto prendere in carico la denuncia di danno, in quanto la garanzia prestata non consentiva l'apertura del sinistro in relazione a fatti e circostanze come definite dalla presente polizza. Resta fermo quanto previsto dalla Clausola Estensione Copertura Assicurativa.
- (5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data .....

FIRMA .....

**GARANZIE**

RC COLPA GRAV

CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENENZA

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

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N°000088611 stipulata con la Compagnia di Assicurazione ARGOGLOBAL SPA
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data .....

FIRMA .....

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

Data .....

FIRMA .....

## Sommario

<b>DEFINIZIONI</b> .....	
<b>NORME COMUNI E RICHIAMI AL CODICE CIVILE</b> .....	0
Art. 1 - PERIODO DI ASSICURAZIONE .....	8
Art. 2 - VARIAZIONI DEL RISCHIO .....	8
Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO .....	8
Art. 4 - RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE .....	8
Art. 5 - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI .....	8
Art. 6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO .....	8
Art. 7 - NORME DI LEGGE .....	9
Art. 8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO .....	9
Art. 9 - ONERI FISCALI .....	9
Art. 10 - LIMITI TERRITORIALI .....	9
Art. 11 - NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI" .....	9
Art. 12 - RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE .....	9
Art. 13 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO .....	9
Art. 14 - CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI .....	10
<b>NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE</b> .....	10
Art. 15 - MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA .....	10
Art. 16 - PREMIO .....	11
Art. 17 - PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI .....	11
Art. 18 - MASSIMALI DI GARANZIA .....	11
Art. 19 - RESPONSABILITÀ SOLIDALE .....	11
Art. 20 - ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE .....	12
Art. 21 - SURROGAZIONE .....	12
Art. 22 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E LIMITAZIONI DI GARANZIA .....	12
<b>CHE COSA E' ASSICURATO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</b> .....	13
Art. 23 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ .....	13
Art. 24 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - SEZIONE I - COLPA GRAVE .....	13
Art. 25 - MASSIMALI DI GARANZIA .....	13
Art. 26 - PREMIO .....	13
Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENZA .....	13

---

Art. 28 - MASSIMALE PER SINISTRO .....	14
Art. 29 – PREMIO .....	14
<b>CHE COSA NON E'ASSICURATO - ESCLUSIONI!</b> .....	14
Art. 30 – ESCLUSIONI – FATTI NOTI.....	14
<b>NORME CHE REGOLANO I SINISTRI</b> .....	16
Art. 31 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE.....	16
Art. 32 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO.....	16
Art. 33 - RECLAMI .....	17
Art. 34 - TEMPISTICHE DI LIQUIDAZIONE.....	17

## DEFINIZIONI

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

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

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

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

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

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

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

**Massimale:** La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

**Perdite Patrimoniali:** Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o anneggiamenti a cose.

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

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

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

1) La comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibili all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni.

2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione.

3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione.

4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo.

5) La comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato.

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

7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o l'Impresa di Assicurazione con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. Non è considerata comunicazione formale della Struttura Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.

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

## **NORME COMUNI E RICHIAMI AL CODICE CIVILE**

### **Art. 1 - PERIODO DI ASSICURAZIONE**

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

### **Art. 2 - VARIAZIONI DEL RISCHIO**

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

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza annuale, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

### **Art. 3 - PAGAMENTO DEL PREMIO**

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

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

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

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

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

### **Art. 4 - RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE**

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

### **Art. 5 - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI**

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

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

### **Art. 6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO**

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

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

## Art. 7 - NORME DI LEGGE

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

## Art. 8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

## Art. 9 - ONERI FISCALI

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

## Art. 10 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.

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

## Art. 11 - NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

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

Sono esclusi da questa nozione:

- Il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

## Art. 12 - RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

## Art. 13 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO

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

E' convenuto pertanto che:

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

Ai sensi dell'Art. 65, comma 1, lett. a) del Regolamento IVASS n. 40/2018, la Compagnia autorizza espressamente il Broker all'incasso dei premi dai Clienti e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto.

## Art. 14 - CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La Compagnia non sarà tenuta a fornire copertura e non sarà obbligata a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe la Compagnia a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

## NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

POLIZZA ASSICURATIVA "CLAIMS MADE" VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA

La presente Polizza Collettiva è prestata nella forma "Claims Made", ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

## Art. 15 - MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA

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

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

Nel rispetto degli obblighi informativi di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018, è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.

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

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

- a) Dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza, come risultante dal Certificato di Assicurazione e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione delle adesioni (indicato al punto 8 della Scheda di Polizza), a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.
- b) In considerazione del fatto che le scadenze dei singoli Certificati saranno tutte al giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, sarà data la possibilità ai singoli Assicurati di aderire alla Polizza Collettiva entro 60 (sessanta) giorni dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza con decorrenza e copertura assicurativa retroattive dal giorno indicato al punto 4 della Scheda di Polizza. Resta fermo quanto disposto dal capoverso a).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Art. 16 – PREMIO

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica secondo la tabella riportata al punto 7 della Scheda di Polizza.

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

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

Dati anagrafici completi di ciascun Assicurato;

Ente di appartenenza, Regione di appartenenza di ciascun Assicurato;

Qualifica, specialità, occupazione di ciascun Assicurato;

Data di adesione / effetto della copertura, data di scadenza della copertura di ciascun Assicurato;

Premio o rateo di premio di ciascun Assicurato, con distinta tra imponibile e lordo imposte.

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

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

## Art. 17 - PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

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

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

## Art. 18 - MASSIMALI DI GARANZIA

Il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il reddito professionale ivi compresa la retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

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

## Art. 19 - RESPONSABILITÀ SOLIDALE

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

## Art. 20 - ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

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

Valgono le modalità previste dall'Art. 23 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività.

## Art. 21- SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

## Art. 22 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E LIMITAZIONI DI GARANZIA

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

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

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

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

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

IL CONTRAENTE  
**BUCCHIONI'S STUDIO Sas**  
L'AMMINISTRATORE  
(F. Bucchioni)

LA COMPAGNIA  


## CHE COSA E' ASSICURATO – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 23 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") – RETROATTIVITÀ

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

### Art. 24 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE – SEZIONE I - COLPA GRAVE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito nella scheda di polizza e stabilito nel Certificato di Assicurazione, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 23, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a titolo di responsabilità erariale in relazione all'attività professionale dichiarata in polizza, conseguente ad atti, fatti od omissioni a lui imputabili per colpa grave, nei termini e per gli effetti riconosciuti con sentenza della Corte dei Conti a seguito di giudizio di accertamento e condanna per responsabilità erariale.

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

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

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

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

### Art. 25 - MASSIMALI DI GARANZIA

I massimali per sinistro e/o sinistro in serie è indicato al punto 5 della Scheda di Polizza

### Art. 26 - PREMIO

Il premio è indicato al punto 7 della scheda di polizza

### Art. 27 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENZA

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

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

La Copertura Assicurativa è estesa anche per un massimale di euro 50.000,00 ad una eventuale provvisoria liquidata in sede penale e per la quale l'Ente dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precetto nei confronti dell'Assicurato medesimo.

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

## Art. 28 - MASSIMALE PER SINISTRO

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

## Art. 29 – PREMIO

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

## CHE COSA NON E' ASSICURATO - ESCLUSIONI

### Art. 30 – ESCLUSIONI – FATTI NOTI

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

- Richieste di risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 20 - Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;
- Sono considerati Fatti Noti e non coperti dalla presente polizza di Assicurazione tutte le richieste di risarcimento come da Definizioni di polizza, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato.
- I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita dalla scheda di copertura.

Sono parimenti esclusi:

- I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 10;
- Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;
- I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");
- I danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta

eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;

- Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- a. I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;
- I danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013.
- I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione salvo la tolleranza di 60 giorni.
- I danni che siano riconducibili di obbligazioni contrattuali direttamente assunte dall'esercente la professione sanitaria con il paziente per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'art. 3 comma 5 lettera "e" del D.L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14.9.2011 n. 148, all'art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 1.7 e all'art. 3 comma 2 del decreto – legge 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8.11.2012 n. 189.E

#### Esclusione Cyber Risk (rischio informatico)

Le seguenti esclusioni si applicano a tutte le sezioni della polizza.

La Compagnia non pagherà alcun reclamo o circostanza o perdita, direttamente o indirettamente, causati e/o contribuiti da o derivanti da:

- 1) l'alterazione, la modifica, la distorsione, la corruzione o il danneggiamento di qualsiasi computer o altra apparecchiatura o componente o sistema che elabora transazioni di qualsiasi genere, trasmette o riceve dati o parte di essi sia tangibili che intangibili (compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, informazioni o software);
- 2) qualsiasi modifica o alterazione, cancellazione, distorsione, corruzione di dati processati o conservati da ogni computer o sistema di elaborazione o sistema di salvataggio dati;
- 3) perdita o danneggiamento di o verso un sistema informatico o qualsiasi altra risorsa digitale;
- 4) qualsiasi perdita o perdita consequenziale, indipendentemente dal fatto che sia o meno di proprietà dell'Assicurato, laddove tale perdita sia causata direttamente o indirettamente da o derivante o in qualche modo collegata a:
  - a) Computer virus (Virus informatici);
  - b) Security breach (Violazioni della sicurezza);
  - c) Cyber extortion (Estorsione informatica);
  - d) Cyber terrorism (Terrorismo informatico);
  - e) Denial of service attack (attacco informatico DDOS);
  - f) qualsiasi o presunta violazione delle leggi sulla protezione dei dati;
  - g) qualsiasi violazione del dovere, dovere statutario o dovere regolamentare o fiduciario o serie di essi;
  - h) qualsiasi inadempimento, qualsiasi errore o omissione o incidente o serie di essi.

#### DEFINIZIONI

##### Computer system (Sistema informatico)

qualsiasi computer, hardware, software, applicazione, processo, codice, programma, tecnologia dell'informazione, sistema di comunicazione o dispositivo elettronico di proprietà o gestito dall'Assicurato o di qualsiasi altra parte, incluso qualsiasi sistema simile e qualsiasi input, output o dispositivo o sistema di archiviazione dati, apparecchiature di rete o funzione di backup. Ciò include un gruppo di sistemi informatici e altri dispositivi elettronici o strutture di rete collegati tramite una forma di tecnologia di comunicazione, tra cui Internet, Intranet e reti private virtuali (VPN), che consentono ai dispositivi informatici collegati in rete di scambiare dati.

#### Computer virus (Virus informatici)

includono, a titolo esemplificativo, virus, codici dannosi, worm che danneggiano il sistema informatico dell'Assicurato o consentano l'uso non autorizzato o l'accesso a qualsiasi risorsa digitale ad esso connessa.

#### Security breach (Violazione della sicurezza)

Violazioni di accesso non autorizzate a qualsiasi risorsa digitale.

#### Cyber extortion (Estorsione informatica)

qualsiasi minaccia o atto doloso o serie di essi, incluso ma non limitato a una richiesta di fondi, indipendentemente dal tempo o dal luogo, progettata per estorcere, corrompere, danneggiare o introdurre un virus informatico o un attacco di DDOS.

#### Cyber terrorism (Terrorismo informatico)

un atto o una serie di atti di qualsiasi persona fisica o gruppo di persone, che agiscono da soli o per conto di o in connessione con organizzazioni di terzi, commessi per scopi politici, religiosi, personali o ideologici, incluso ma non limitato all'intenzione di influenzare qualsiasi governo e / o temere l'opinione pubblica per tali scopi utilizzando attività perpetrate elettronicamente o in altro modo dirette alla distruzione, interruzione o sovversione di sistemi di comunicazione e informazione, infrastrutture di computer, risorse digitali, Internet, telecomunicazioni o reti elettroniche e / o il suo contenuto o sabotaggio e / o minacce da esso.

#### Data protection laws (Leggi sulla protezione dei dati)

qualsiasi legislazione o norma che disciplina il trattamento dei dati personali inclusi, ma non solo, il Data Protection Act 2018, il Regolamento Generale sulla protezione dei dati (GDPR) (Regolamento (UE) 2016/679) e / o legislazione locale equivalente o successiva.

#### Denial of service attack (Attacco informatico)

qualsiasi tentativo illecito di interrompere o sospendere temporaneamente o indefinitamente un servizio digitale.

#### Digital assets (Risorse digitali)

qualsiasi computer o dispositivo mobile o altro dispositivo elettronico, dispositivo o sistema di elaborazione dei dati, qualsiasi hardware, software, programma, istruzione, dati o componenti utilizzati o destinati ad essere utilizzati al loro interno o di conseguenza, o qualsiasi funzione effettiva o prevista del processo o eseguita da quanto precede. Le risorse digitali comprendono anche il sistema informatico dell'Assicurato.

## **NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**

### **Art. 31 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE**

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

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale quale definito all'Articolo 18 e stabilito nel Certificato di Assicurazione, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati, e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

### **Art. 32 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

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

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

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto (indicato al punto 8 della Scheda di Polizza).

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

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a ArgoGlobal

Assicurazioni S.p.A.

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

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

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 5, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

### Art. 33 - 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](mailto: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:

nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

breve descrizione del motivo di lamentela;

copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro della stessa;

ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio 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.

### Art. 34 - TEMPISTICHE DI LIQUIDAZIONE

La Compagnia, in seguito alla ricezione della documentazione necessaria, definita la quantificazione del danno ed inviata la quietanza di pagamento all'avente diritto, si impegna ad effettuare il pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta per accettazione dall'avente diritto.

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

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

- presentate per la prima volta all'Assicurato, e
- debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.

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

Il Contraente dichiara di avere preso puntuale visione in ogni sua parte della polizza ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A in particolare delle Condizioni Generali, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Nel rispetto degli obblighi informativi di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018, è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Collettiva.

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C., il Contraente dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza Collettiva:

Articolo 4 - Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale

Articolo 5 - Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)

Articolo 8 - Recesso in caso di sinistro

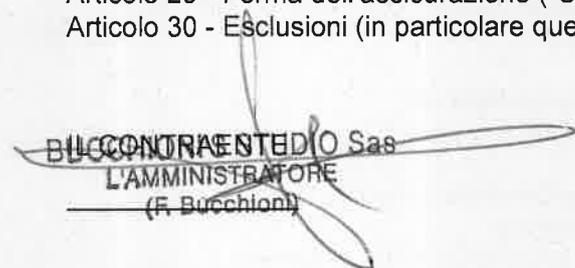
Articolo 12 - Reticenze e dichiarazioni inesatte

Articolo 13 - Clausola Intermediario

Articolo 21 - Surrogazione

Articolo 23 - Forma dell'assicurazione ("Claims Made") – Retroattività

Articolo 30 - Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 9.1)

  
BILCONTRAENTEDIO Sas  
L'AMMINISTRATORE  
(F. Bucchioni)

LA COMPAGNIA  


## APPENDICE ALLE POLIZZE DI COLPA GRAVE – ESTENSIONE CONTINUITA' ASSICURATIVA

A parziale deroga dell'art. 30 esclusioni:

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:

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

presente Polizza;

- c) L'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con una polizza a copertura della rivalsa per colpa grave.
- d) L'Assicurato per poter avere l'estensione di continuità di copertura per fatti già noti come sopra riportato, pena la decadenza al diritto di risarcimento, dovrà esibire la polizza in corso al momento della prima richiesta, dimostrando che la garanzia prestata al momento del fatto non consentiva l'apertura del sinistro in relazione a fatti e circostanze come definite dalla presente polizza.

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

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

La presente polizza viene emessa in tre esemplari, di 19 (diciannove) pagine ciascuno, ad un solo effetto (comprehensive dell'"Allegato A - Facsimile Modulo di Adesione", di una pagina).

IL CONTRAENTE  
BUCCHIONI'S STUDIO Sas  
L'AMMINISTRATORE  
(F. Bucchioni)



LA COMPAGNIA

