

Assicurazione della Responsabilità Civile per colpa grave e condanna in solido con l'Ente di appartenenza delle professioni sanitarie che operano presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie sia pubbliche che private

REVO

DIP – Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
Compagnia: REVO Insurance S.p.A.

Prodotto: Polizza collettiva per colpa grave medica e condanna in solido

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

Che tipo di assicurazione è?

La "Polizza collettiva per colpa grave medica e condanna in solido" è un'assicurazione nella forma "claims made" che copre la responsabilità per colpa grave dell'Assicurato. Il contratto è rivolto a tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale o il personale dipendente di Enti Pubblici o tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende Sanitarie Private o il personale medico che collabora con la Struttura Sanitaria Privata a qualunque titolo.



Che cosa è assicurato?

Puoi scegliere, in base alle tue esigenze assicurative, di tutelarti da uno o più eventi indicati nelle seguenti sezioni.

✓ **Responsabilità Civile per colpa grave medica:** si tiene indenne l'Assicurato per azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa sempre per colpa grave di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata anche ai sensi dell'art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate nel Modulo di adesione e riportate nel Certificato di Assicurazione, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata.

L'Assicurazione è estesa inoltre per colpa grave alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile e ai danni patrimoniali commessi per colpa grave dagli assicurati.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

La Compagnia, pertanto, non interviene nei procedimenti civili ed in eventuali richieste di mediazione.

✓ **Condanna in solido con l'azienda sanitaria e/o socio-sanitaria pubblica o privata di appartenenza:** indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi subiti direttamente dall'Assicurato in seguito a una decisione giudiziaria con la quale l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria pubblica o privata di appartenenza e/o la Compagnia dell'azienda sanitaria e/o socio-sanitaria pubblica o privata di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

La Copertura Assicurativa è estesa anche per un massimale di euro 200.000,00 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



Che cosa non è assicurato?

- × Perdite che eccedono i massimali pattuiti.
- × Sanzioni internazionali.
- × le Richieste di risarcimento che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- × I fatti noti, cioè tutte le Richieste di Risarcimento, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato.
- × I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato di Assicurazione.
- × I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo ovvero in modo fraudolento o disonesto.
- × 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.
- × 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 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.
- × 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.
- × I danni derivanti da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra.

provveda nei termini prescritti con conseguente esposizione diretta dell'assicurazione al pagamento del danno.

- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", cioè è resa attiva solo se la richiesta di risarcimento 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 o omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovrappremio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.

- ✗ I danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.
- ✗ Qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che la abbia determinata. La presente esclusione non si applica per le perdite derivanti da un atto cyber o da un incidente cyber che comporti lesioni fisiche a terzi o danni materiali a cose di terzi.
- ✗ Qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il limite di risarcimento non potrà superare € 2.500.000,00 o € 5.000.000,00 per la colpa grave medica e € 2.000.000,00 per la condanna in solido.
- ! Resta inteso che, per quanto previsto dalla Legge Gelli, massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per legge: tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ 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'azienda sanitaria di appartenenza, esclusi Stati Uniti d'America, Canada e territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

L'obbligo, in sede di perfezionamento della polizza, di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto i cambiamenti che comportano aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.

In caso di sinistro, entro 30 giorni da quando ne sei venuto a conoscenza, devi denunciare qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:

- qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
- qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.

Se non lo fai, potrebbe venire meno il diritto al pagamento dell'indennizzo assicurativo.



Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e il pagamento avviene all'atto della conclusione del contratto

Puoi pagare tramite:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati alla Compagnia oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato, se hai pagato il premio o la prima rata di premio entro 15 giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio.

L'assicurazione ha scadenza alle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato ed è stipulata senza tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

La polizza termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo.

Assicurazione della Responsabilità Civile per colpa grave e condanna in solido per l'Ente di appartenenza delle professioni sanitarie che operano presso Strutture Socio-Sanitarie sia pubbliche che private

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

REVO Insurance S.p.A.

REVO

Polizza collettiva per colpa grave medica e condanna in solido

Data di aggiornamento: 21.12.2022

Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile.

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

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

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona

Sede operativa: Via Mecenate 90, 20138 Milano - tel. 02 92885700

Sito Internet: www.revoinsurance.com

PEC: revo@pec.revoinsurance.com

Iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00167 con Provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008

Capogruppo del Gruppo "REVO Insurance" iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059

Bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2021 di Elba Assicurazioni S.p.A. (ora ridenominata REVO Insurance S.p.A.)

Il patrimonio netto ammonta a Euro 73.669.727, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a Euro 6.680.000 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a Euro 52.681.638.

La Relazione Unica sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria al 31 dicembre 2021 del Gruppo Elba Assicurazioni (SFCR) di cui all'articolo 216-novies del CAP è disponibile sul sito della Compagnia (www.revoinsurance.com) nella sezione Investor Relations, sottosezione Solvency.

Il Requisito patrimoniale di solvibilità di Elba Assicurazioni S.p.A. ammonta a Euro 40.828.658, il Requisito patrimoniale minimo a Euro 10.520.617 e i Fondi propri ammissibili alla loro copertura a Euro 87.791.513.

Il Valore dell'indice di solvibilità (Solvency ratio) di Elba Assicurazioni S.p.A. è pari a 215,02%, quello del Gruppo Elba è pari a 271,38%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

- ✓ La Compagnia presta l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato per azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa sempre per colpa grave di

responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata e di surroga. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate nel Modulo di adesione e riportate nel Certificato di Assicurazione, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata.

L'Assicurazione è estesa inoltre per colpa grave alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile e ai danni patrimoniali commessi per colpa grave degli Assicurati

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

La Compagnia, pertanto, non interviene nei procedimenti civili ed in eventuali richieste di mediazione.

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA PUBBLICA O PRIVATA DI APPARTENENZA

Garanzia operante solo se espressamente richiamata nel Modulo di Adesione e se eseguito il pagamento del relativo premio.

- ✓ La Compagnia indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e 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 la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza 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 200.000,00 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 con conseguente esposizione diretta dell'assicurazione al pagamento del danno.

- ✓ L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere alla Compagnia tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza 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 la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

È data facoltà all'Assicurato di acquistare, per una annualità, anche singolarmente.

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

- ✓ L'assicurazione è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie Pubbliche e/o Private, a condizione che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di Aziende pubbliche e/o a partecipazione pubblica e/o Aziende private e/o a partecipazione privata (ospedali, cliniche, altri istituti pubblici o altri istituti privati). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

La Copertura Assicurativa è estesa anche per un massimale di € 200.000,00 ad un 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 con conseguente esposizione diretta dell'assicurazione al pagamento del danno.

È data facoltà all'Assicurato di acquistare anche singolarmente le garanzie previste dalle Sezioni I e II sopra descritte. La sezione II potrà essere comprata singolarmente per una sola annualità e potrà essere riconfermata per il secondo anno solo a condizione che venga sottoscritta anche la sezione I.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?


OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<u>Retroattività illimitata</u>	L'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovrappremio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.
<u>Malus</u>	Nel caso in cui, all'atto della compilazione Modulo di Adesione in occasione della prima adesione e/o nei successivi rinnovi alla presente Polizza Collettiva, l'Assicurando dichiara di essere a conoscenza di condanne, in sede civile o penale o condanne per colpa grave della Corte dei Conti con un massimo di 2 (due), la Compagnia concede la facoltà di aderire alla presente Polizza Collettiva Colpa Grave con l'aumento del 10% sui premi stabiliti ai punti 7, 8 e 9 della Scheda di Polizza, salva sempre la facoltà della Compagnia di non rinnovare il singolo certificato.
<u>Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione</u>	Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, con le medesime modalità di adesione alla Polizza Collettiva e previo il pagamento del sovrappremio indicato al punto 10 della scheda di polizza, nella misura del 200% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuale azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza Collettiva, compreso il periodo di Retroattività.

	<p>Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato, coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.</p>
--	--

 Che cosa NON è assicurato?

<p>Rischi esclusi</p>	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alle esclusioni di polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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"); sono altresì escluse le perdite patrimoniali derivanti da qualsiasi impegno, garanzia, promessa di garanzia, promessa di pagamento, penale contrattuale, altro obbligo volontariamente assunto, salvo il caso in cui l'Assicurato sarebbe stato ritenuto responsabile anche in assenza di tale impegno, garanzia o obbligo; * 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; * 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; * i danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera; inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o corsi d'acqua; alterazioni o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; * i danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi; * 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 direttamente 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; * i danni derivanti da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra; * le richieste di risarcimento presentate o attualmente in corso negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure finalizzata all'esecuzione di una sentenza di condanna ottenuta negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure basata sulla legge degli Stati Uniti d'America, Canada o di qualsiasi dei relativi territori o possedimenti; * i danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile. * i sinistri che siano denunciati alla Compagnia in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni.
------------------------------	--

 Ci sono limiti di copertura?

<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente ai limiti di copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! l'assicurazione risponde, in aggiunta al Massimale ma entro il limite del 25% del medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro; ! esclusivamente per la garanzia di cui alla Sezione I, in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione); ! in caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con più persone che esercitano la professione sanitaria, l'assicurazione risponde, 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.
--



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>È fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa; 2. Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione. <p>La richiesta formale da parte dell'Azienda Sanitaria e/o Socio-Sanitaria Pubblica o Privata di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.</p> <p>L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto, il quale provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta alla Compagnia.</p> <p>La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.</p> <p>Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	<p>Prescrizione: Come previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile e successive modifiche e integrazioni, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 (un) anno dalle singole scadenze.</p> <p>Ai sensi dell'Art. 22, comma 14 della Legge N. 221 del 17 Dicembre 2012 di conversione con modificazioni del D. L. N. 179 del 18 Ottobre 2012, gli altri diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione Danni si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda; nell'assicurazione della Responsabilità civile il termine di 2 (due) anni decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.</p> <p>La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come pure la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'Impresa	La Compagnia provvede al pagamento del risarcimento entro 30 giorni dal ricevimento degli atti di quietanza debitamente firmati.



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Modalità di pagamento</p> <p>Per l'adesione alla Polizza Collettiva è previsto che ciascun Assicurato provveda direttamente al versamento del premio dovuto. Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica professionale secondo la tabella riportata alla Scheda di Polizza. L'Intermediario a cui è assegnato il contratto è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alla presente Polizza Collettiva, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi saranno rimessi direttamente alla Compagnia.</p> <p>Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza annuale per tutti gli aderenti la Polizza Collettiva, si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/12° per ogni mese di garanzia, con un premio minimo di 6 (sei) mesi.</p> <p>Oneri fiscali</p> <p>Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.</p>
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione e corrispondere l'importo del premio dovuto. La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Adesione ed il pagamento del relativo premio comportano l'automatica adesione alla presente Polizza Collettiva.</p> <p>L'assicurazione decorrerà 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</p>
---------------	--

	<p>gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione. L'assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nel Certificato ed avrà scadenza alle ore 24:00 di ogni scadenza annuale, senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga dei singoli Certificati.</p> <p>Gli Assicuratori si riservano di non accettare la richiesta di adesione, o di accettarla a condizioni speciali, nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Adesione, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di condanne, in sede civile o penale, superiori a 2 (due).</p>
Sospensione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Qualora l'adesione sia stata collocata tramite tecniche di vendita a distanza, l'Aderente ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipula del certificato. In tal caso, si procederà alla restituzione del premio o della parte di premio già pagato. Il recesso non può essere esercitato nel caso in cui sia stato denunciato un sinistro nel periodo previsto per il diritto di ripensamento.</p>
Risoluzione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici e/o tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende Sanitarie Private e/o il personale medico che collabora con la Struttura Sanitaria Privata a qualsiasi titolo.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta in media agli intermediari ammonta al 34%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Il soggetto che si reputi insoddisfatto con riferimento al contratto può presentare reclamo alla Compagnia; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione di contratto.</p> <p>I reclami vanno inviati a:</p> <p>REVO Insurance S.p.A. – Segreteria Generale – Funzione Reclami, con una delle seguenti modalità alternative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per posta ordinaria al seguente indirizzo: Via Mecenate, n. 90 – 20138 Milano; - per posta elettronica al seguente indirizzo: reclami@revoinsurance.com; - per posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: reclami@pec.revoinsurance.com - per fax al numero: 02/92885749. <p>La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p> <p>Nel caso di reclami concernenti il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti/collaboratori di cui la Compagnia si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, si provvederà direttamente alla loro gestione, entro il termine massimo di 45 giorni, ferma restando la possibilità di sospendere tale termine per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>Nel caso di reclami concernenti il comportamento dei Broker e loro dipendenti/collaboratori, questi potranno essere a loro indirizzati e la relativa gestione ricadrà direttamente sull'Intermediario interessato.</p> <p>Nel caso in cui tali reclami fossero indirizzati a REVO Insurance S.p.A., la stessa provvederà a trasmetterli al broker interessato dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it</p> <p>Info su: www.ivass.it</p>

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

Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

REVO INSURANCE S.P.A.
POLIZZA COLLETTIVA N° E0000004888



ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PER
COLPA GRAVE + CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENENZA
DELLE PROFESSIONI SANITARIE CHE OPERANO PRESSO STRUTTURE SANITARIE O
SOCIO SANITARIE SIA PUBBLICHE CHE PRIVATE

INTERMEDIARIO:

BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI AGENTI

VIA REDIPUGLIA, 15 19124
LA SPEZIA (SP) ITALIA

PARTITA IVA: 01089210114



SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N°: E0000004888

- 1. Parte Contraente:**
 Bucchioni's Studio Sas
 Via Redipuglia, 15 – 19124 La Spezia
 Partita Iva 01089210114

Periodo di Validità della Polizza:

- 2.** Effetto: dalle ore 24:00 del 31/12/2022
3. Scadenza: alle ore 24:00 del 31/12/2025

- 4. Data Retroattività:** alle ore 24:00 del 31/12/2012
 Opzione Retroattività Illimitata di cui all'Art.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione: sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile.

- 5. Massimali:**
- a. Sezione I - colpa grave** EUR 2.500.000 per sinistro e/o sinistro in serie;
 EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie;
 - b. Sezione II - Condanna in Solido** EUR 2.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.

- 6. Franchigia per ciascuna richiesta di risarcimento:** Nessuna

- 7. Premi Anni Lordi SEZIONE I COLPA GRAVE**
Qualifica assicurato - MASSIMALE 2.500.000 EUR

Premio Annuo Lordo

1. Dirigente Medico e Veterinario, Direttore di Struttura Complessa (Primari)	€ 400,00
2. Medici Convenzionati e/o Contrattisti	€ 342,00
3. Medici Specialisti in formazione	€ 143,00
4. Dirigente Sanitario Non Medico	€ 143,00
5. Componenti del Comitato Etico	€ 238,00
6. Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	€ 530,00
7. Dirigente Professionale tecnico e amministrativo	€ 260,00
8. Quadri Sanitari, Altro Personale Sanitario, Dirigenti Infermieristici	€ 67,00
9. Restante Personale non Sanitario	€ 48,00
10. Tirocinante	€ 48,00

8.	Premi Annui Lordi <u>SEZIONE I COLPA GRAVE</u> Qualifica assicurato - MASSIMALE 5.000.000 EUR	Premio Annuo Lordo
	1. Dirigente Medico e Veterinario, Direttore di Struttura Complessa (Primari)	€ 420,00
	2. Medici Convenzionati e/o Contrattisti	€ 360,00
	3. Medici Specialisti in formazione	€ 150,00
	4. Dirigente Sanitario Non Medico	€ 150,00
	5. Componenti del Comitato Etico	€ 250,00
	6. Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	€ 700,00
	7. Dirigente Professionale tecnico e amministrativo	€ 330,00
	8. Quadri Sanitari, Altro Personale Sanitario, Dirigenti Infermieristici	€ 70,00
	9. Restante Personale non Sanitario	€ 50,00
	10. Tirocinante	€ 50,00
9.	Premi Annui Lordi <u>SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO (valida solo se espressamente richiamata)</u> Qualifica assicurato - MASSIMALE 2.000.000 EUR	Premio Annuo Lordo
	1. Dirigente Medico e Veterinario, Direttore di Struttura Complessa (Primari)	€ 420,00
	2. Medici Convenzionati e/o Contrattisti	€ 360,00
	3. Medici Specialisti in formazione	€ 150,00
	4. Dirigente Sanitario Non Medico	€ 150,00
	5. Componenti del Comitato Etico	€ 250,00
	6. Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	€ 700,00
	7. Dirigente Professionale tecnico e amministrativo	€ 330,00
	8. Quadri Sanitari, Altro Personale Sanitario, Dirigenti Infermieristici	€ 70,00
	9. Restante Personale non Sanitario	€ 50,00
	10. Tirocinante	€ 50,00
10.	Estensione Ultrattività dell'Assicurazione: Valida solo se espressamente richiamata nel Modulo di Adesione e con relativo sovra-premio del 200% del premio di tariffa applicabile.	
11.	Intermediario a cui è assegnato il Contratto:	
	Bucchioni's Studio Sas	
	Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia	
	Telefono 0187/280122 - Fax 0187/575808	
	Email bucchioni@bucchioniassicurazioni.it	
	Pec Bucchionistudio@legalmail.it	

Milano,

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Aderente/Assicurato:	Tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata e/o in Enti Pubblici, che abbia aderito alla presente Polizza Convenzione ed abbia pagato il relativo premio.
Compagnia:	L'impresa assicuratrice, REVO Insurance S.p.A.
Certificato di Assicurazione:	Il documento che comprova l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Convenzione.
Circostanza:	Qualsiasi atto o fatto di cui un Assicurato sia a conoscenza e che potrebbe dare luogo ad una richiesta di risarcimento nei suoi confronti, fermo quanto previsto dall'Art. 28 CLAUSOLA DI CONTINUITA' ASSICURATIVA
Contraente:	Il soggetto indicato al punto 1 della Scheda di Polizza, che sottoscrive la presente Polizza Convenzione 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 danni patrimoniali e/o 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.
Dati:	Informazioni, fatti, idee, concetti, codici - organizzati in strutture logiche o meno - che vengono elaborati, utilizzati, archiviati, trasmessi o registrati da un Sistema Informatico.
Dati personali:	Qualsiasi informazione che permette l'identificazione diretta della persona fisica e qualsiasi informazione relativa ad una persona fisica, identificata o identificabile, a titolo esemplificativo ma non limitativo informazioni sullo stato di salute, informazioni relative a carte di credito o debito, conto corrente o password.
Dati societari:	Qualsiasi informazione societaria che, a titolo esemplificativo ma non limitativo, comprenda progetti, piani, processi, segreti commerciali, brevetti, informazioni finanziarie, informazioni relative ai clienti e ai fornitori.
Franchigia:	L'importo, espresso in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.
Incidente Cyber:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qualsiasi errore od omissione (oppure serie di errori od omissioni, tra loro correlati) che riguardano l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo o il funzionamento di un Sistema Informatico; 2. Qualsiasi indisponibilità o guasto - parziale o totale - (oppure serie di indisponibilità o guasti parziali o totali, tra loro correlati) che impediscano di accedere, elaborare, utilizzare o far funzionare un <i>Sistema Informatico</i>.
Intermediario:	La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi come previsto dall'art. 109 del D.Lgs. 209/2005. Sono intermediari, a titolo esemplificativo, agenti assicurativi, broker e i loro collaboratori.
Limite di indennizzo:	Importo che opera entro il <i>massimale</i> e che rappresenta il massimo esborso della <i>Compagnia</i> , in relazione a specifiche situazioni espressamente menzionate in <i>polizza</i> .
Massimale:	La somma indicata in <i>polizza</i> che rappresenta il <i>limite</i> massimo di <i>indennizzo</i> in caso di <i>sinistro</i> , qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni personali o abbiano sofferto <i>danni a cose</i> di loro proprietà.
Modulo di Adesione:	Il documento, controfirmato dall'Assicurato attraverso il quale aderisce alla Convenzione.

Perdite Patrimoniali:	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Periododi Assicurazione:	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate all'art. 2 della condizioni di assicurazione che seguono.
Polizza Convenzione:	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione. La presente Polizza Convenzione è stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art. 1891 C.C.
Richiesta di Risarcimento:	<p>Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ol style="list-style-type: none"> (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 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 dell'Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge; (7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte dell'Struttura Sanitaria e/o della Compagnia di Assicurazioni con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. (8) L'invito a dedurre e/o la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti e/o la chiamata in causa tramite la magistratura ordinaria con l'imputazione di Colpa Grave. <p>Non è considerata comunicazione formale della Struttura Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.</p>
Sinistro:	La <i>richiesta di risarcimento</i> avanzata per la prima volta nei confronti dell'Assicurato (Forma Claims Made).
Sistema informatico:	Qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico anche indossabile (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivi per l'archiviazione dati), dispositivi di duplicazione e conservazione di informazioni elettroniche, server, cloud o microcontrollore, dispositivi di connessione di rete o loro componenti, nonché relativi dispositivi di input, output e back-up. Deve considerarsi sistema informatico anche qualsiasi dispositivo che possa operare mediante connessione internet o reti interne oppure che risulti connesso mediante dispositivi di archiviazione dati o qualsiasi apparecchiatura di rete.
Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria:	Qualunque Struttura Sanitaria di diritto pubblico e/o privato che eroghi prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e mantenimento delle abilità acquisite, regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività
Violazione dei Dati:	Il furto, la perdita, l'illecita o non autorizzata divulgazione di <i>dati personali</i>

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

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della prima sottoscrizione al Modulo di Adesione purché vi siano rinnovi senza soluzione di continuità, ferma in ogni caso la retroattività indicata sulla scheda di polizza del singolo Certificato di Assicurazione.

Articolo 2	PERIODO DI ASSICURAZIONE
-------------------	---------------------------------

La presente polizza convenzione avrà durata dalle ore 24.00 del giorno indicato al punto 2 della scheda di polizza fino alle ore 24.00 del giorno indicato al punto 3 della scheda di polizza.

Tanto la Compagnia quanto il Contraente hanno facoltà di disdettare la Polizza Convenzione COLPA GRAVE sopra indicata ad ogni scadenza annuale, per qualsiasi ragione e senza necessità di giustificare la disdetta, con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

E' quindi inteso che, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli Assicurati, la garanzia per **tutti i Certificati di Assicurazione coperti in questa Polizza Convenzione avrà scadenza alle ore 24:00 di ogni scadenza annuale rispetto al giorno indicato al punto 2 della scheda di polizza, senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga dei singoli Certificati.**

Articolo 3	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

Per gli esercenti le professioni sanitarie il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

Resta inteso che in ogni caso il massimo esborso della Compagnia per ciascun sinistro, per più sinistri avvenuti nell'intero periodo di assicurazione non potrà superare, per ciascun assicurato, quanto indicato nel Modulo di Adesione/Certificato di Assicurazione.

Articolo 4	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
-------------------	-----------------------------------

SEZIONE I COLPA GRAVE (Garanzia Base)

La Compagnia, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Certificato di Assicurazione/ Modulo di Adesione, presta l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato per azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa sempre per colpa grave di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata anche ai sensi dell'art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate nel Modulo di adesione e riportate nel Certificato di Assicurazione, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata.

L'Assicurazione è estesa inoltre per colpa grave alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

La Compagnia pertanto non interviene nei procedimenti civili ed in eventuali richieste di mediazione.

SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA (Garanzia Opzionale)

Garanzia operante solo se espressamente richiamato nel Modulo di Adesione e se eseguito il pagamento del relativo premio di cui al punto 9 della Scheda di Polizza della presente Convenzione.

La Compagnia, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3, indennizza le somme che l'Assicurato è

tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e 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 la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza 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 200.000.00 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 con conseguente esposizione diretta dell'assicurazione al pagamento del danno.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere alla Compagnia tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza 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 la Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano valide le esclusioni tutte di cui all'Art. 9 di Polizza.

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

E' data facoltà all'Assicurato di acquistare, per una annualità, anche singolarmente la garanzia Condanna in Solido. Dopo la prima annualità sarà acquistabile solo abbinata alla garanzia Base.

Articolo 5	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

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

Sono a carico della Compagnia ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento, in aggiunta al massimale, ma entro il limite del 25% del massimale medesimo.

La Compagnia non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano dagli stessi designati o autorizzati e non risponde di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'Assicurato.

Articolo 6	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'Struttura Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

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

Articolo 7	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. È 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.

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

Articolo 8	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

L'assicurazione, **quale delimitata in questa Polizza Convenzione e ferme le esclusioni che seguono**, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di adesione e riportate nel Certificato di Assicurazione svolte presso l'attuale o le precedenti Strutture Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata, in cui ha esercitato a condizione che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore, dirigente e direttore a qualsiasi titolo inquadrato in strutture pubbliche e/o a maggioranza di partecipazione pubblica e/o private. È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 9	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

Dalla presente Polizza Convenzione, sono esclusi:

- i. **Richieste di Risarcimento come definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 11 - Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;**
- ii. **I fatti noti, cioè tutte le Richieste di Risarcimento a, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato;**
- iii. **I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato di Assicurazione/Modulo di Adesione;**
- iv. **I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo ovvero in modo fraudolento o disonesto;**
- v. **I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;**
- vi. **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;**
- vii. **I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 7;**
- viii. **Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;**
- ix. **I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;**
- x. **I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;**
- xi. **I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;**
- xii. **I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;**
- xiii. **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"); sono altresì escluse le perdite patrimoniali derivanti da qualsiasi impegno, garanzia, promessa di garanzia, promessa di pagamento, penale contrattuale, altro obbligo volontariamente assunto, salvo il caso in cui l'Assicurato sarebbe stato ritenuto responsabile anche in assenza di tale impegno, garanzia o obbligo.**

- xiv. 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;
- xv. Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- xvi. 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;
- xvii. I danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera; inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o corsi d'acqua; alterazioni o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- xviii. Danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- xix. I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi direttamente ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- xx. 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;
- xxi. da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, *terrorismo*, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra (ciò anche in coerenza con quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile);
- xxii. *Richieste di risarcimento* presentate o attualmente in corso negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure finalizzata all'esecuzione di una sentenza di condanna ottenuta negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure basata sulla legge degli Stati Uniti d'America, Canada o di qualsiasi dei relativi territori o possedimenti;
- xxiii. I danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'Art. 3 comma 5 lettera "e" del D. L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla Legge 14.9.2011 n. 148, all'Art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 17 e all'Art. 3 comma 2 del D. L. 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8.11.2012 n. 189;
- xxiv. Qualsiasi *perdita cyber* a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che la abbia determinata. La presente esclusione non si applica per le perdite derivanti da un *atto cyber* o da un *incidente cyber* che comporti *lesioni fisiche* a terzi o danni materiali a cose di terzi;
- xxv. Qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un *dato*, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale *dato*;
- xxvi. I sinistri che siano denunciati alla Compagnia in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni.

Articolo 10	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
--------------------	--------------------------------

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con più persone che esercitano la professione sanitaria, la Compagnia risponde, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.

Articolo 11	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza del periodo assicurativo in cui avviene la cessazione.

Nel caso di cessazione dell'attività professionale per qualsiasi causa compresa la libera scelta, con le medesime modalità di adesione alla Polizza Convenzione, e **previo il pagamento del sovra-premio indicato al punto 10 della scheda di polizza**, è riservata la facoltà all'Assicurato di acquistare l'estensione della copertura prevista dalla presente Polizza Convenzione, compreso il periodo di Retroattività di cui all'Art. 1.

Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato, coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Nel caso un Certificato emesso ai sensi di questa Polizza Convenzione non venisse rinnovato per decisione della Compagnia in conseguenza di una denuncia dell'Assicurato ai sensi del successivo art. 17, oppure in caso di recesso da parte della Compagnia ai sensi del successivo Art. 18, con le medesime modalità di adesione alla Polizza Convenzione e **previo il pagamento del sovra-premio indicato al punto 10 della Scheda di Polizza**, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuali azioni dei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza Convenzione, compreso il periodo di retroattività di cui all'Art. 1.

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

Articolo 12	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 (ivi inclusa l'emanazione dei Decreti Attuativi della Legge N. 24/2017), le parti concordano che **la Società avrà la facoltà di modificare la quantificazione del premio ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere dal Contratto mediante invio di raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata** con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data della stessa.

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

Articolo 13	PAGAMENTO DEL PREMIO
--------------------	-----------------------------

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione 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 annua i singoli Certificati di Assicurazione cesseranno naturalmente senza necessità di disdetta delle parti. Qualora i singoli Certificati di Assicurazione, previo accordo tra le parti, venissero rinnovati per l'annualità successiva una volta 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.

Articolo 14	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

Articolo 15	RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE
--------------------	--

La presente Polizza Convenzione ha durata triennale e sarà rinnovata tacitamente di anno in anno.

Le parti potranno procedere all'eventuale disdetta del contratto con comunicazione mediante lettera raccomandata A/R o PEC. entro e non oltre 60 giorni dalla scadenza annuale.

Articolo 16	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
--------------------	---

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

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutte le Compagnie interessate, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 17	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 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:

- (1) Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
- (2) Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.

La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Compagnia di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza).

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

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 la Compagnia.

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

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

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

Articolo 18	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	------------------------------------

Dopo ogni denuncia di sinistro, denunciato nelle modalità previste dalle Condizioni di assicurazione della presente Polizza Convenzione e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che la Compagnia possono recedere dal Certificato di Assicurazione a cui il sinistro si riferisce. La relativa comunicazione deve essere effettuata mediante lettera raccomandata A/R o PEC ed ha efficacia dopo 60 (sessanta) giorni dalla data di invio della stessa.

Nel caso di recesso da parte della Compagnia, la stessa rimborsa la parte di premio, relativa al periodo che intercorre da tale data alla scadenza del periodo di assicurazione, al netto degli oneri fiscali, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Articolo 19	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

La Compagnia che ha pagato l'indennizzo è surrogata, fino alla concorrenza del suo ammontare, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili, ai sensi dell'art. 1916 c.c.

L'Assicurato deve cooperare e fare tutto ciò che è necessario per aiutare la Compagnia ad esercitare tali diritti e rimedi.

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

Articolo 20	FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO
-------------	---

Tutte le comunicazioni alle quali il *Contraente*, l'*Assicurato* e la *Compagnia* sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata A/R o mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) diretta all'*Intermediario* al quale è assegnata la *polizza* o alla *Compagnia*.

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

Articolo 21	CLAUSOLA BROKER
-------------	------------------------

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

È convenuto pertanto che:

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

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Articolo 17 che resta invariato e confermato.

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

Articolo 22	NORME DI LEGGE
-------------	-----------------------

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

Articolo 23	MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA CONVENZIONE
-------------	--

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

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

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

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/ Modulo di Adesione dall'apposita documentazione trasmessa alla *Compagnia* dall'*Intermediario* incaricato della gestione delle adesioni (indicato al punto 11 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 31/12 di ogni anno, per eventuali rinnovi sarà data la possibilità ai singoli Assicurati di aderire alla Polizza Convenzione entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza annuale 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 Convenzione, 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 Convenzione **attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di cui all' "Allegato A" quanto richiesto dal di Adesione stesso.**

La Compagnia si riserva la facoltà di non accettare la richiesta di adesione, o di accettarla a condizioni speciali, che sono dagli stessi comunicate all'Assicurando nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Adesione, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di condanne, in sede civile o penale, superiore a 2 (due).

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

In caso di accettazione da parte della Compagnia a condizioni differenti da quelle della presente Polizza Convenzione, l'assicurando ha a disposizione ulteriori 30 (trenta) giorni dalla ricezione dell'offerta dalla Compagnia entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dalla Compagnia 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 alla Compagnia 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 presso Enti Sanitari diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione la mansione a più elevato rischio, e pagare il relativo premio.

Articolo 23.1	DIRITTO DI RIPENSAMENTO (solo per le adesioni collocate tramite vendita a distanza)
----------------------	--

L'aderente può recedere dall'assicurazione entro 14 giorni dall'avvenuto acquisto, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il recesso può essere esercitato mediante comunicazione scritta contenente gli elementi identificativi del certificato di adesione, inviata all'Intermediario con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC).

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, l'Intermediario rimborsa all'aderente il premio versato.

Il Contraente NON può recedere se è stato denunciato un sinistro prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.

Per i sinistri avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, l'Intermediario e la Compagnia hanno il diritto di recuperare il premio restituito all'aderente.

Articolo 24	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica professionale secondo la tabella riportata ai punti 7,8 e 9 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 6 (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 Convenzione, 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 Convenzione, sarà trasmesso alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Per gli assicurati medici under 35 è previsto uno sconto del 10 % sulla tariffa annuale.

MALUS: Nel caso in cui all'atto di compilazione dell'apposito Modulo di Adesione in occasione della prima adesione e/o nei successivi rinnovi alla presente Polizza Convenzione, l'assicurato dichiara di essere a conoscenza di condanne, in sede civile o penale o condanne per colpa grave della Corte dei Conti con un massimo di 2 (due), la Compagnia concede la facoltà di aderire alla presente Polizza Convenzione Colpa Grave con l'aumento del 10% sui premi stabiliti ai punti 7, 8 e 9 della Scheda di Polizza, salva sempre la facoltà della Compagnia di non rinnovare il singolo Certificato

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

Articolo 25	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
-------------	--------------------------------------

Con la firma del Modulo di Adesione l'Assicurato dichiara:

- 25.1** Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica e/o Privata; 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.
- 25.2** Di avere preso atto che in forza della Legge e del C.C.N.L. vigente ed in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con l'Struttura Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di Dolo e Colpa Grave.
- 25.3** Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sull'Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Pubblica e/o Privata 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.

La Compagnia per quanto sopra, pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle Richieste di Risarcimento così come previsto nelle Definizioni di Polizza, potrà essere chiamata in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa Grave sia dall'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, la Compagnia, per quanto previsto dalla Legge, coprirà l'azione di rivalsa esercitata dall'Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Pubblica e/o Privata e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo dopo l'avvenuto pagamento del danno a terzi, ed entro un anno da tale pagamento.

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

Articolo 26	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).

Articolo 27	INOPERATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE A SEGUITO DI SANZIONI
--------------------	--

La Compagnia non è tenuta a prestare alcuna copertura, a risarcire sinistri o a fornire qualsiasi altro tipo di prestazione in base alla presente assicurazione, qualora tale copertura, risarcimento o prestazione possa esporre la Compagnia a sanzioni oppure alla violazione di divieti e misure restrittive derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, USA, Canada o Regno Unito.

Articolo 28	CLAUSOLA DI CONTINUITA' ASSICURATIVA
--------------------	---

A parziale deroga dell'art. 9.1.i esclusioni fatti noti :

punto 1) La Compagnia si impegna, nei termini e alle condizioni della presente Polizza Convenzione, 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 si verifichino tutte le condizioni di seguito elencate:

- 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 Convenzione, sempre ferma l'esclusione del caso di dolo;
- L'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con una polizza a copertura della rivalsa per colpa grave e nessuna delle suddette coperture consentiva l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti nella presente Polizza Convenzione.
- 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 Convenzione.

Restano escluse dalla presente garanzia, in ogni caso, qualsiasi fatto o circostanza per cui l'Assicurato abbia ricevuto una citazione in giudizio, chiamata in causa ovvero sia stato o sia sottoposto a inchiesta giudiziaria.

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

ILCONTRAENTE

LACOMPAGNIA

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

- (a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:
 - (i) presentate per la prima volta all'Assicurato, e
 - (ii) debitamente denunciate dall'Assicurato alla Compagnia 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 REVO Insurance S.p.A., in particolare delle Condizioni di assicurazione della Polizza collettiva "COLPA GRAVE e CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENENZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE CHE OPERANO PRESSO STRUTTURE SANITARIE O SOCIO SANITARIE SIA PUBBLICHE CHE PRIVATE", e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi del Reg. 41/2018 IVASS è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Set informativo, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Convenzione.

CONDIZIONI DA APPROVARE SPECIFICAMENTE

Il Contraente dichiara di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione della Polizza collettiva "COLPA GRAVE e CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE DI APPARTENENZA DELLE PROFESSIONI SANITARIE CHE OPERANO PRESSO STRUTTURE SANITARIE O SOCIO SANITARIE SIA PUBBLICHE CHE PRIVATE":

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

ILCONTRAENTE

LACOMPAGNIA

La presente polizza viene emessa in tre esemplari, di 16 (sedici) pagine ciascuno, ad un solo effetto (comprehensive dell' "Allegato A - Facsimile Modulo di Adesione").

ILCONTRAENTE

LACOMPAGNIA

APPENDICE N° 1

•••

POLIZZA COLLETTIVA N° E0000004888**CONTRAENTE:**

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

Con la presene appendice, che forma parte integrante della Polizza Collettiva sopraindicata, si precisa, a maggior chiarimento contrattuale che sono compresi nella garanzia di polizza i danni di natura patrimoniale come da definizione di polizza.

Restano fermi tutti gli altri termini e condizioni previsti dalla Polizza Collettiva sopraindicata

IL CONTRAENTE**LA COMPAGNIA**

APPENDICE N°2



POLIZZA CONVENZIONE N° E0000004888

Contraente:

Bucchioni's Studio Sas
Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia
Partita Iva 01089210114

Con la presente appendice, che forma parte integrante della Polizza Collettiva sopraindicata, si conviene di inserire un nuovo massimale con i relativi premi come da scheda di polizza sotto riportata:

SCHEDA DI POLIZZA**Premi Anni Lordi SEZIONE I COLPA GRAVE****Qualifica assicurato - MASSIMALE 1.500.000 EUR****Premio Annuo****Senza Franchigia**

1. Dirigente Medico e Veterinario, Direttore di Struttura Complessa (Primari)	€ 315,00
2. Medici Convenzionati e/o Contrattisti	€ 260,00
3. Medici Specialisti in formazione	€ 120,00
4. Dirigente Sanitario Non Medico	€ 120,00
5. Componenti del Comitato Etico	€ 210,00
6. Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	€ 495,00
7. Dirigente Professionale tecnico e amministrativo	€ 245,00
8. Quadri Sanitari, Altro Personale Sanitario, Dirigenti Infermieristici	€ 55,00
9. Restante Personale non Sanitario	€ 40,00
10. Tirocinante	€ 40,00

Restano fermi tutti gli altri termini e condizioni previsti dalla Polizza Collettiva sopraindicata.

La Spezia, li 5/06/2023

Il Contraente

La Compagnia



Appendice dichiarativa

La tua Polizza	Numero	E0000004888
	Appendice nr.	3
	Contraente	BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S.- INTERMEDIARI AGENTI

Con la presente appendice, che forma parte integrante della Polizza Collettiva sopraindicata, si precisa, a maggior chiarimento contrattuale relativamente all'Art.8 – Precisazione sui rischi coperti –

“Rientreranno in copertura esclusivamente le attività pregresse svolte ed eseguite nella struttura sanitaria di appartenenza dichiarata nel modulo di adesione.

Si precisa che in caso di svolgimento di diverse mansioni presso Enti Pubblici ed Enti Privati, l'Assicurato dovrà sottoscrivere due adesioni, una per ciascun settore di appartenenza.”

Restano fermi tutti gli altri termini e condizioni previsti dalla Polizza Collettiva sopraindicato.

04/12/2023

IL CONTRAENTE

REVO INSURANCE SPA

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Monterosa 91, 20149 Milano;
Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;
telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: revo@pec.revoinsurance.com

www.revoinsurance.com