

Il presente documento informativo pre-contrattuale fornisce una sintesi delle principali coperture ed esclusioni del Prodotto. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti. Ulteriori coperture possono essere previste previo accordo con la Compagnia.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato "Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile Colpa Grave" è un'assicurazione nella forma "claims made" che copre la responsabilità per colpa grave dell'assicurato.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Azione di rivalsa esperita dall'azienda sanitaria nei casi previsti dalla legge qualora l'assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti
- ✓ Azione di surrogazione esperita dalla società di assicurazione dell'azienda sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti
- ✓ Attività indicate nel modulo di proposta
- ✓ Attività professionale intramoenia

(coperture principali)



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale pubblico
- ✗ Azioni od omissioni commesse dall'assicurato con dolo
- ✗ Attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso
- ✗ 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
- ✗ Danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici
- ✗ Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'assicurato
- ✗ pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'assicurato
- ✗ violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione
- ✗ 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
- ✗ perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio
- ✗ proprietà, possesso, circolazione di veicoli a motore, utilizzo di natanti a motore o aeromobili
- ✗ inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale
- ✗ esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo
- ✗ amianto o muffe tossiche
- ✗ rapporti diversi da quello esistente tra medico e paziente
- ✗ funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale
- ✗ discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona
- ✗ persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali

(esclusioni principali)



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le franchigie, gli scoperti di polizza e le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i massimali pattuiti
- ! I danni derivanti da fatti dolosi del contraente o dell'assicurato (art. 1917 del codice civile)
- ! I danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages), le penalità, le multe, le ammende o altre sanzioni non assicurabili in base alla giurisdizione applicabile
- ! Le richieste di risarcimento avanzate/le perdite verificatesi prima del periodo di polizza, successivamente la scadenza del periodo di polizza e/o derivanti da fatti illeciti commessi prima del periodo di retroattività



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. E' 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. L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.



Che obblighi ho?

Obbligo di:

- pagamento del premio
- alla sottoscrizione del contratto, fornire alla Compagnia informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare
- nel corso del contratto, fornire alla Compagnia o all'intermediario informazioni in merito ai mutamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del codice civile

- alla sottoscrizione del contratto e successivamente, informare la Compagnia della esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio e, in caso di sinistro, darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del codice civile

L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo

- in caso di sinistro, informare la Compagnia entro 10 giorni da quando l'assicurato ne è venuto a conoscenza.
- **L'omesso o ritardato avviso possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo**
- in caso di sinistro, collaborare con la Compagnia in base a quanto prescritto dal contratto



Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto.

Il premio è comprensivo delle imposte ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto secondo le modalità e i termini previsti dalla Scheda.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Qualora il Contraente non versi i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile).



Come posso disdire la polizza?

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga, fermo il diritto di recesso nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto con un preavviso scritto di 30 giorni mediante lettera raccomandata A/R.

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - P.I. 10479810961 - REA Milano n. 2530954.

Sede Secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.

Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.000.000.

Polizza di Assicurazione della responsabilità civile “colpa grave” personale delle aziende del servizio sanitario nazionale



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

Compagnia: AIG Europe SA - Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto assicurativo: "Contratto di assicurazione Responsabilità Civile Colpa Grave"

Il DIP Aggiuntivo danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Data di ultimo aggiornamento: 1° gennaio 2019

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.

AIG Europe SA - Rappresentanza Generale per l'Italia

- Filiale italiana della società lussemburghese AIG Europe S.A. avente la sede legale in 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Lussemburgo ed appartenente al gruppo AIG.
- Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese di assicurazione: I.00146 iscrizione del 16.3.2018
- Codice ISVAP impresa D947R
- Sede sede secondaria in Italia: Via della Chiusa, n. 2, cap: 20123, Milano; C.F. 97819940152/P.I. 10479810961; REA Milano n. 2530954; tel. +39 02.36.90.1; sito internet: www.aig.co.it; e-mail: info.italy@aig.com; pec: insurance@aigeurope.postecert.it.
- Regime di operatività in Italia: libertà di stabilimento
- Autorità di vigilanza competente: autorità di vigilanza per il mercato assicurativo lussemburghese Commissariat Aux Assurances.

AIG Europe S.A. (AESAs), società neocostituita, non dispone ancora di un bilancio approvato. Dopo il trasferimento delle attività britanniche ad altra società del gruppo AIG avente sede nel Regno Unito, con effetto dal 1° dicembre 2018, AIG Europe Limited (AEL) si è fusa per incorporazione in AESAs.

Di seguito è riportata la situazione patrimoniale AEL: i dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato, relativo al periodo: 1° dicembre 2016 - 30 novembre 2017, bilancio precedente al trasferimento ed alla fusione sopra indicate. I dati sono espressi in milioni di sterline inglesi ed euro. Il cambio è effettuato in base al tasso praticato il giorno 30 novembre 2017:

- L'ammontare del patrimonio netto di AIG Europe Limited è pari a £ 3.163milioni (Euro 3.596 milioni), di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a £ 197 milioni (Euro 224 milioni) e la parte relativa alle riserve patrimoniali ammonta a £ 2.966 milioni (Euro 3.372 milioni);
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) £ 1.136 milioni (Euro 1.291 milioni);
- Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) £ 2.524 milioni (Euro 2.869 milioni);
- Fondi propri ammissibili alla loro copertura £ 3.676 milioni (Euro 4.179 milioni);
- L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, come rapporto tra Fondi propri ammissibili e Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari al 146%;
- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si può

consultare collegandosi al link https://www.aig.co.uk (AIG Europe Group Solvency e Financial Condition Report).	
Al contratto si applica la legge Italiana.	
 Che cosa è assicurato?	
Il presente prodotto è stipulato nella formula " <i>claims made</i> ".	
Responsabilità civile professionale	• Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge qualora l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza definitiva della Corte dei Conti a titolo di danno all'immagine dall'Azienda Sanitaria e della Pubblica Amministrazione in genere. • Azione di surrogazione esperita dalla società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti. • Responsabilità civile personale dell'Assicurato per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.
Responsabilità solidale	In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, l'Assicuratore risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso
Cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori	Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari applicabili, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Ultrattività	Se durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione, come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo. Nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 300% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato – che abbia stipulato il presente contratto per un anno – la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 anni per eventuali azioni nei propri confronti durante il periodo di validità della presente polizza.
 Che cosa non è assicurato?	
Limiti temporali	• Sinistri che siano denunciati all'assicuratore in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso; • Richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'assicurato

	prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; • Sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; • Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione; • Sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.
Esclusioni riconducibili all'attività professionale sanitaria	• Riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale Pubblico; • attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; • 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; • danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici; • danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato; • pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato; • violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione; • 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 • danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio; • Sinistri connessi alla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o di impiego di aeromobili; • 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; • rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente; • esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico; • richieste avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.
Inquinamento	Inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale.
Limiti territoriali	Fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti.

Esplosioni / radiazioni	Esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata.
Amianto/muffe tossiche	Uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.
Discriminazione	Discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona.
Attività professionale diversa	Attività diverse da quella professionale definita in polizza; in particolare non vale in relazione all'attività di controllo e di certificazione dei bilanci di Società per azioni quotate in Borsa.
Atti dolosi	Azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo.

Per ulteriori limitazioni o esclusioni, si rimanda alle Condizioni di Polizza ed alle definizioni in esse contenute.



Ci sono limiti di copertura?

L'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

L'assicurazione prevede limiti di indennizzo, sotto-limiti e franchigie come concordati con il contraente e indicati nel certificato di assicurazione.

Per ulteriori limitazioni o esclusioni, si rimanda alle Condizioni di Polizza ed alle definizioni in esse contenute.



Che obblighi ho?

Cosa fare in caso di sinistro?	L'Assicurato deve, come condizione essenziale per l'insorgere degli obblighi dell'Assicuratore in base alla presente polizza, trasmettere non appena ne sia venuto a conoscenza e durante il Periodo di validità della polizza o durante il Periodo di osservazione una comunicazione scritta all'Assicuratore – mediante lettera raccomandata al seguente indirizzo: AIG Europe SA Financial Lines Claims Via della Chiusa, 2 20123 Milano Italia - informandolo di qualsiasi Richiesta di risarcimento avanzata per la prima volta nei suoi confronti.
	Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. 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.

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, nonché lo stesso annullamento dell'assicurazione ai sensi dell'Art.1892 c.c., o il recesso della Società ai sensi dell'Art.1893 c.c.; in caso di assicurazione in nome o per conto di terzi si applica la disposizione di cui all'Art.1894 c.c.
Obblighi dell'impresa	Il pagamento dell'indennizzo è eseguito entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia, ricevuta ogni informazione, documento o perizia necessaria per verificare l'operatività della garanzia, riceve quietanza firmata.
 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto. Il pagamento dell'indennizzo è eseguito entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia, ricevuta ogni informazione, documento o perizia necessaria per verificare l'operatività della garanzia, riceve quietanza firmata.
Rimborso	Nel caso di recesso da parte dell'Assicuratore, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati all'Assicuratore/Agenzia, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.
Sospensione	Per le informazioni sulla sospensione si rimanda al DIP
 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista alcuna possibilità di recedere dall'assicurazione a favore dell'assicurato.
Risoluzione	Non sono previsti particolari casi di risoluzione.
 A chi è rivolto questo prodotto?	
A coloro che sono assunti con rapporto di lavoro o di servizio con l' Azienda del Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato che intendono assicurarsi per il rischio relativo alla responsabilità civile professionale.	
 Quali costi devo sostenere?	

Costi di intermediazione. La quota parte del premio (al netto delle imposte) percepita in media dagli intermediari è pari al 25%. Il dato è calcolato sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio dell'impresa di assicurazione per il quale è stato approvato il bilancio.

COME PRESENTARE RECLAMI?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore ed indirizzati a: AIG Europe SA Rappresentanza Generale per l'Italia Servizio Reclami Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano Fax 02 36 90 222 e-mail: servizio.reclami@aig.com Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito http://www.ivass.it/consumatori/reclami/index.html. Poiché AIG Europe S.A. è una società di assicurazioni con sede legale in Lussemburgo, oltre alla procedura di reclami di cui sopra, è possibile avere accesso agli organismi di mediazione lussemburghesi per qualsiasi reclamo che possa riferirsi a questa Polizza. I recapiti degli organismi di mediazione lussemburghesi sono disponibili sul sito web di AIG Europe S.A.: http://www.aig.lu/
	PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:
Arbitrato	Tutte le controversie relative al presente contratto di assicurazione e ad esso connesse, ivi incluse a titolo esemplificativo quelle concernenti la sua validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione, verranno definite mediante arbitrato rituale in diritto regolato dalla legge italiana.
Mediazione	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). Ai sensi dell'art. 5, comma 1 e comma 1-bis, D.Lgs. 28/2010 in materia di contratti assicurativi la mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare direttamente il reclamo al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accendendo al sito: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm), o all'IVASS, chiedendo

controversie	l'attivazione della procedura FIN-NET. L'IVASS provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. <i>HOME INSURANCE</i>), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE <u>NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.</u>	

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente.

Le clausole che prevedono oneri ed obblighi a carico del Contraente e/o dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni, diritti di rivalsa e limitazioni della copertura, sono state evidenziate con particolari caratteri (corsivo, sottolineato).

Resta inteso che:

- le Definizioni hanno valore convenzionale ed integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale;
- l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", ciò significa che la presente polizza copre i Sinistri notificati dall'Assicurato all'Assicuratore per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Nel garantire la copertura assicurativa l'Assicuratore si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal Contraente. Tali dichiarazioni e informazioni costituiscono un presupposto della copertura stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 C.C.

A tal fine e con la stipulazione della presente polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato dell'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale indicata nell'annessa Scheda di Copertura;
- 1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenzioni intervenuti con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa Azienda del Servizio Sanitario Nazionale è obbligata a garantire una adeguata copertura 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;
- 1.4 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda del Servizio Sanitario Nazionale di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati 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 regionali e aziendali.

Articolo 2 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 (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di Proposta al momento della sottoscrizione del contratto di Assicurazione.



Articolo 2bis AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella Scheda di Copertura. Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

In caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Articolo 3 DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono formano parte integrante del contratto di Assicurazione e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altra previsione.

Contraente	L'Assicurato
Assicurato	la persona nominativamente indicata nella Scheda di Copertura assunta con rapporto di lavoro o di servizio con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato.
Azienda del Servizio Sanitario Nazionale o Azienda Sanitaria	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale ed indicato nella Scheda di Copertura, presso cui l'Assicurato eserciti la propria attività professionale.
Assicuratore	AIG EUROPE LIMITED, Rappresentanza Generale per l'Italia , con sede in Milano, via della Chiusa, 2.
Broker	l'intermediario assicurativo indicato nella Scheda di Copertura.
Agente AIG	Italian Underwriting S.r.l. , con sede in Milano, via Borgonuovo, 7, agenzia di sottoscrizione assicurativa autorizzata a concludere contratti di Assicurazione per conto dell'Assicuratore, iscritta al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi al n. A000053253.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi conseguenziali
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	<u>la somma massima che l'Assicuratore sarà tenuto a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.</u>



Periodo di Assicurazione

il periodo compreso tra le date di inizio e di termine stabilite nella Scheda di Copertura, ovvero in presenza di rinnovi senza soluzione di continuità, il periodo compreso tra la data di inizio riportata sulla Scheda di Copertura relativa alla prima adesione e la data di termine indicata nel certificato di rinnovo relativo all'annualità in corso.

Periodo di Efficacia:

il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.

Richiesta di risarcimento

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

- l'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per Colpa Grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo.

Sinistro

la Richiesta di Risarcimento sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Certificato

il documento emesso, con i suoi annessi e/o allegati, quale prova del contratto di Assicurazione

Modulo e Scheda di Copertura

i documenti allegati al presente contratto di Assicurazione che ne costituiscono parte integrante, nei quali sono riportati i dettagli richiamati nel testo.



Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", e copre le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18 per ulteriori aspetti di dettaglio).

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di cui al presente contratto di Assicurazione, l'Assicuratore, fino a concorrenza del Massimale come definito all'articolo 3 e riportato nella Scheda di Copertura, presta l'assicurazione nella forma "claims made" come stabilito all'articolo 4 precedente, e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge qualora l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza definitiva della Corte dei Conti a titolo di danno all'immagine dall'Azienda Sanitaria e della Pubblica Amministrazione in genere.
- Azione di surrogazione esperita dalla società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico nazionale alle dipendenze dell'Azienda Sanitaria indicata nella Scheda di Copertura, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale dell'Assicurato per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Resta esclusa dalla presente assicurazione qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto di lavoro diretto con il Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 6 PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, come definita nella presente polizza e ferme le esclusioni che seguono, viene prestata con riferimento alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso, così come riportate nella Scheda di Copertura.

E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 7 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

L'Assicuratore assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.



L'Assicuratore risponde inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro, così come previsto all'art. 1917 del Codice Civile.

L'Assicuratore non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano stati incaricati e/o approvati dall'Assicuratore e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 8 NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”

Il termine “terzo” o “terzi” sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico nazionale; tuttavia anche costoro saranno considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema sanitario pubblico nazionale stesso quali pazienti.

Articolo 9 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'Azienda Sanitaria di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 10 ESCLUSIONI

10.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma “Claims Made”, quale temporalmente delimitata nel presente contratto di Assicurazione, sono esclusi:

- i sinistri che siano denunciati all'Assicuratore in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano fatti e circostanze note: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda Sanitaria di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.
- i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.



- 10.2 Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento :
- 10.2.1 riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale Pubblico. Si precisa che questa esclusione non e' applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici;
- 10.2.2 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- 10.2.3 riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 10.2.4 in relazione a 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;
- 10.2.5 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 9;
- 10.2.6 per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici;
- 10.2.7 per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- 10.2.8 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 10.2.9 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 10.2.10 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);
- 10.2.11 relative a 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;
- 10.2.12 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10.2.13 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;
- 10.2.14 conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- 10.2.15 che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- 10.2.16 che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;



- 10.2.17 derivanti da rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.18 che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- 10.2.19 derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona;
- 10.2.20 avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.

Articolo 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, l'Assicuratore risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 12 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari applicabili, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

~~Previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 100% del premio corrispondente all'ultima mansione, nelle ipotesi di cui al paragrafo precedente è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare una copertura assicurativa annuale per eventuale azioni nei propri confronti relativamente a fatti verificatisi durante il periodo di efficacia del presente contratto di Assicurazione.~~

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione anzidetta, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore nei confronti dell'Assicurato e nessun sinistro potrà essergli denunciato.

Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche a protezione degli eredi o successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni applicabili.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 18 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Fermo quanto previsto all'art. 2bis (Aggravamento e Diminuzione del Rischio), qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'Assicurato presso l'Azienda Sanitaria come indicato nella Scheda di Copertura, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto della presente assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto all'Assicuratore.



Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati all'Assicuratore/Agente, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Si rinvia al Modulo di Proposta per gli aspetti di dettaglio relativi alle modalità di adesione alla presente Polizza ed al pagamento del premio.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 RISOLUZIONE ANNUALE

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre coperture assicurative, da chiunque contratte, a coprire responsabilità dell'Assicurato e/o danni o perdite cagionati dall'Assicurato, analoghe rispetto a quelle garantite dalla presente Polizza, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre coperture assicurative siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare all'Assicuratore la coesistenza di altre coperture assicurative sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare per l'Assicurato la perdita del diritto all'indennità.

Articolo 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le definizioni di polizza "Richiesta di risarcimento" e "Sinistri", è fatto obbligo all'Assicurato di denunciare, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i Sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

- Formale messa in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o dell'Assicuratore dell'Azienda Sanitaria di appartenenza per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o procedimento civile promosso contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituiscono un Sinistro ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Assicuratore di ciascun Sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta all'agente AIG Europe Limited Italian Underwriting



S.r.l.

L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di Sinistro può comportare la perdita del diritto all'indennità ovvero la riduzione dell'indennizzo liquidabile secondo quanto previsto all'art. 1915

C.C.

La denuncia di Sinistro 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 l'Assicuratore.

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 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 19 FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che l'Assicuratore possono recedere dal presente contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento che, nel caso dell'Assicurato, potrà essere inviata tanto all'Assicuratore quanto all'agente AIG Europe Limited Italian Underwriting S.r.l. Nel caso di recesso da parte dell'Assicuratore, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 20 SURROGAZIONE

L'Assicuratore è surrogato, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche nazionali, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e AIG Europe Limited.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (valida solo se l'intermediario indicato nella Scheda di Copertura è iscritto alla Sezione B del RUI)

Con la sottoscrizione del presente contratto di Assicurazione l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini del contratto di Assicurazione stesso.

L'Assicuratore ha conferito all'agente AIG indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

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



d. Ogni comunicazione fatta all'agente AIG sarà considerata come fatta all'Assicuratore.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 18 e di recesso in caso di sinistro, regolamentate dall'articolo 19 che restano invariati e confermati.

L'Assicuratore accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite l'agente AIG.

Articolo 23 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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.

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente il Foro di Milano o, a scelta della parte attrice, quello del luogo dove ha sede l'Agente/Broker cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA (valida solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

1) ULTRATTIVITA'

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

Nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 300% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato – che abbia stipulato il presente contratto per un anno – la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 anni per eventuali azioni nei propri confronti durante il periodo di validità della presente polizza.

L'ASSICURATO


AIG Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia



Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente contratto di Assicurazione e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo;

2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)
Articolo 9	Limiti territoriali
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'Assicurazione claims made – 10.1)
Articolo 16	Risoluzione annuale
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Articolo 19	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 22	Clausola Broker
Articolo 23	Norme di legge e Foro Competente.

L'ASSICURATO

