

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'Assicurato 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 DIMINUIZIONE 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 / 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 S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Milano, Piazza Vetra, 17.
Agenzia	Assib Underwriting s.r.l.
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 consequenziali
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	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.
Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.
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: <ul style="list-style-type: none"> • 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

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:

- 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 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:
 - a. 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;
 - b. 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 extrajudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.
 - c. 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 ricongducibili 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;
- 10.2.1 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- 10.2.2 ricongducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 10.2.3 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;
- 10.2.4 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;
- 10.2.5 per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici;
- 10.2.6 per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- 10.2.7 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 10.2.8 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 10.2.9 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);
- 10.2.10 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;
- 10.2.11 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10.2.12 ricongducibili 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;
- 10.2.13 conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- 10.2.14 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;
- 10.2.15 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;
- 10.2.16 derivanti da rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.17 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;

10.2.18 derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona;

10.2.19 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/Agenzia, 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:

- a. 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;
- b. 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 ad AIG Europe S.A..

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. 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 S.A..

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.

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 il broker.

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 il 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.

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

AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Un procuratore
Massimiliano Benacquista

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE" PER IL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DOCUMENTO INFORMATIVO RELATIVO AL PRODOTTO DENOMINATO "CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE"
COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE: AIG EUROPE S.A. RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA.



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. La polizza di assicurazione è emessa da AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, filiale con sede in Piazza Vetra, 17, 20123, Milano, Italia, Tel: +39 02.36.90.1 - Fax 02 36 90 222, Autorizzazione in Italia n.: 401591, iscritta all'Albo delle imprese IVASS (Elenco I) il 07/06/2012 al n. I.00106

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.



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?

L'Assicurazione non si rinnova tacitamente alla scadenza, pertanto non è richiesta la disdetta.

Informativa sulla Privacy di AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I “**Dati Personali**” identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le condizioni di assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza
- Marketing, ricerca e analisi di mercato

Condivisione dei Dati Personali - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inseriti in registri di richieste di indennizzo e condivisi con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri riguardanti gli indennizzi ai lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferite a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.

Trasferimento internazionale - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferiti a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Sicurezza dei Dati Personali - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

I vostri diritti - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Informativa sulla Privacy- Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>.

In alternativa, potete richiederne una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Piazza Vetra, 17, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: protezionedeidati.it@aig.com.