

POLIZZA CONVENZIONE

Assicurazione della responsabilità “colpa grave” Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Contraente mandatario Bucchioni's Studio Sas Intermediari Agenti

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

La presente polizza **convenzione** è prestata nella forma "claims made", ciò significa che la polizza copre i sinistri notificati dall'Assicurato agli Assicuratori per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

DEFINIZIONI

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

Contraente	Bucchioni's Studio Sas che sottoscrive la presente convenzione in qualità di mandatario non beneficiando dei diritti derivanti dal contratto stesso e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli assicurati, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.
Assicuratori	Groupama Assicurazioni SpA.
Assicurato	Tutto il Personale dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi conseguenziali.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Copertura.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato :

- i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

Sinistro

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

Polizza Convenzione

il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

Certificato e Scheda di Copertura

i documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

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

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta: 31/07/2004

Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

€ 5.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie
Aggregato annuo per ente di appartenenza €. 25.000.000,00 .

Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
-------------------	-----------------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'Articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che

questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione diretta del terzo danneggiato,
- azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e dal CCNL,
- azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge,
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato, a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria Ordinaria, Civile o Penale e/o dalla Corte dei Conti.
- **L'assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000.**

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non si riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale **ad esclusione di quanto previsto al quinto capoverso di cui sopra.**

Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

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

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale 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.

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa dell'Assicurato, purché:

- il reato venga derubricato da doloso a colposo,
- l'Assicurato venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato,

escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

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

Articolo 5	NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"
-------------------	-------------------------------------

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

Sono esclusi da questa nozione :

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

Articolo 6	LIMITI TERRITORIALI
-------------------	----------------------------

L’assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, **su incarico dell’ente ospedaliero di appartenenza**, esclusi gli Stati Uniti d’America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E’ tuttavia condizione essenziale per l’operatività dell’assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall’Italia, San Marino e la Città del Vaticano, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

L’assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita 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.

L’assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all’Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). E’ compresa altresì l’attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 8	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

- 8.1 Premesso che questa è un’assicurazione nella forma “*claims made*”, quale temporalmente delimitata nel presente **Certificato**, sono esclusi :
- a. richiesta di risarcimento come precedentemente definita, pervenga in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
 - b. le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all’Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;

- c. le richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura, **che si siano concretizzati con una richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.**

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- e) elusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
- f) i danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) i danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) i danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) i danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) i danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l) perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) i danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

- n) le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;
- o) i danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) i danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) i danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Operatore Sanitario, Medico e Paziente;
- r) i danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte.

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------------	--------------------------------

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

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione

come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo. 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 convenzione e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 100% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 5 anni per eventuale azioni nei propri confronti durante il periodo di validità della presente convenzione.

Valgono le modalità previste dall'Art. 1 Garanzia Retroattiva

Articolo 11	VARIAZIONI 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 di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

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

Articolo 12	PAGAMENTO DEL PREMIO
--------------------	-----------------------------

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato della Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, 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, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

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

Il Certificato di Assicurazione ha durata annuale dalla data di perfezionamento senza tacito rinnovo. E' facoltà della parti riaccendere il contratto successivamente alla scadenza naturale con le medesime modalità previste dalla Polizza Convenzione sottoscrivendo il modulo di adesione all'uopo predisposto.

Articolo 13	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE – RESCINDIBILITÀ ANNUALE
--------------------	--

Il Certificato Scheda di Copertura cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
--------------------	---

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	---

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

- a. richiesta di risarcimento di terzi e/o da parte dell'azienda di appartenenza;
- b. invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

La sola informazione prevista dall'azienda di aver inoltrato segnalazione alla Corte dei Conti non costituisce obbligo di denuncia di sinistro; parimenti l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituisce obbligo di denuncia di sinistro.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta al Broker Marsh SpA (Viale Bodio 33, 20158 Milano, Fax: 02 48538792, Tel 02 48538761 / 02 48538706 ,Email massimo.galanti@marsh.com) e/o all'agenzia a cui è assegnato il contratto (Bucchioni's Studio Sas Intermediari Agenti, Via Redipuglia 15, 19124 La Spezia, Tel 0187 280122 Fax 0187 575808, Email aliceb@bucchioniassicurazioni.it).

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

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

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 17	CESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	----------------------------------

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 18	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

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

Articolo 19	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

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

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

Articolo 20	CLAUSOLA BROKER
--------------------	------------------------

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

E' convenuto pertanto che:

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

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker.

Articolo 21	NORME DI LEGGE
--------------------	-----------------------

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

Articolo 22	MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA CONVENZIONE
--------------------	---

Per l'adesione alla presente convenzione è previsto che ciascun assicurato provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue:

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

Ciascun contraente dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione (vedi allegato A) e corrispondere l'importo dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

- a) dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.
- b) **In considerazione che la scadenza dei singoli certificati saranno tutte al 31/12 di ogni anno, sarà data la possibilità ai singoli assicurati di aderire alla convenzione entro 60 giorni dal 31/12 con decorrenza retroattiva dal 1/1 dell'anno in corso. Resta fermo quanto disposto dal capoverso a).**

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Adesione ed il pagamento del relativo premio comportano l'automatica adesione alla presente Convenzione, salvo quanto di seguito specificato.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di non essere a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma del Modulo, suscettibili di poter cagionare un sinistro e di quant'altro richiesto al punto C) del Modulo stesso.

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Convenzione, l'assicurando dichiara di essere a conoscenza di uno o più fatti riportati nel predetto Modulo di Adesione, gli Assicuratori si riservano di non accettare la richiesta di adesione o di accettarla a condizioni speciali che sono dagli stessi comunicate all'Assicurando nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Adesione. In assenza di ricezione entro i 45 (quarantacinque) giorni stabiliti di comunicazioni da parte degli Assicuratori, l'adesione si intende accettata alle normali condizioni contrattuali; l'effetto dell'adesione decorre dalle date indicate al successivo paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

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

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti da quelle della presente Convenzione, l'assicurando ha a disposizione ulteriori 30 (trenta) giorni dalla ricezione dell'offerta degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli assicuratori e attraverso il pagamento dell'eventuale sovrappremio o il proprio diniego all'adesione con annessa richiesta di restituzione del Premio. In caso di accettazione l'Assicurazione decorre dalle date indicate al paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

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

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.

Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

Articolo 23	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio annuo procapite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo imposte, governative incluse, per qualifica come qui di seguito indicato:

Qualifica dell'assicurato	Massimale 5.000.000
Dirigente Sanitario e Sociale	€ 165,00
Direttore Medico e Veterinario	€ 473,00
Dirigente Medico per Specializzazione e più elevato rischio	€ 473,00
Dirigente Sanitario non medico	€ 330,00
Componenti Comitato Etico	€ 165,00
Medici Specialisti in formazione	€ 330,00
Medici Convenzionati	€ 385,00
Medici Contrattisti	€ 385,00
Quadri Sanitari	€ 55,00
Personale Sanitario	€ 55,00
OTA-OSS	€ 55,00
Direttore Generale	€ 165,00
Direttore Amministrativo	€ 165,00
Dirigenti non Sanitari	€ 165,00
Restante personale non sanitario	€ 55,00

Essendo facoltà degli assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno mantenendo ferma la scadenza del 31/12 di ogni anno, si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/12 per ogni mese di garanzia con un minimo assoluto di premio pari a mesi 6 di garanzia.

Articolo 24	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
--------------------	--------------------------------------

Con la firma del Certificato Scheda di copertura l'Assicurato dichiara :

- 24.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;
- 24.2 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la struttura sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile 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.
- 24.3 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 Sanitaria di



Bucchioni's Studio Sas
Intermediari Agenti



Assicurazioni

appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali 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.

- 24.4 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con una richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

Articolo 25	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)

L'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato Scheda di copertura e, agli effetti dell'art. 1341 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 agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza convenzione:

Articolo 1	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 8	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 14	Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale
Articolo 15	Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
Articolo 16	Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Articolo 17	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 20	Clausola Broker
Articolo 24	Dichiarazioni dell'Assicurato

ALLEGATO A

POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del
Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____, residente in _____
_____ via _____, codice fiscale _____
_____ indirizzo e-mail _____ in qualità di _____
_____ presso l'Azienda .

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' PATRIMONIALE

con decorrenza dal al 31/12/10

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con l'Impresa di Assicurazionedi cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 4 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.
- C) non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con una richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

Data _____ FIRMA _____

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- C) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

Data _____ FIRMA _____

Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento dei dati personali.

Data _____ FIRMA _____