

Generali Italia S.p.A.

Responsabilità civile - Colpa grave

Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile - Colpa grave
(Dipendenti SSN - Professioni sanitarie)

Mod. R58CGAS/02

Contraente

Polizza N.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

1. DEFINIZIONI

Nel presente contratto si intende per

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione ed è tenuto al pagamento del premio.
Cose	Sia gli oggetti materiali, sia gli animali.
Danni corporali	Morte o lesioni personali.
Danni materiali	Distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati.
Franchigia	La parte del danno risarcibile, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.
Indagine o terapia invasiva	Tecnica diagnostica o terapeutica che comprende la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo, con o senza anestesia locale. Non sono considerati atti invasivi i prelievi venosi e le iniezioni intramuscolari od endovenose di farmaci o di soluzioni fisiologiche, nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesie.
Intervento Chirurgico	Intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" come indicato nella classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM (2007), che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e/o l'assistenza di una equipe operatoria, qualora sia previsto dalla legge.
Perdite patrimoniali	Danni patrimoniali (capitali, interessi e spese) che non siano la conseguenza diretta o indiretta di danni materiali o di danni corporali.
Polizza	Il documento cartaceo che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Sinistro	<p>Per l'assicurazione RC Professionale per colpa grave, la richiesta di risarcimento danni intesa come quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione;- la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; <p>Per l'assicurazione RC Professionale per interventi professionali effettuati per obbligo di solidarietà al di fuori dell'attività esercitata quale dipendente SSN, la richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata la garanzia.</p>
Sinistro in serie	Pluralità di richieste di risarcimento presentate all'Assicurato in tempi diversi originate da uno stesso errore e/o comportamento colposo.
Società	Generali Italia S.p.A.
Struttura Sanitaria	L'Ospedale, l'Istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale <u>indicato in polizza</u> presso cui l'Assicurato esercita l'attività professionale assicurata.

2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

a) R.C. Professionale per colpa grave

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, *fino a concorrenza delle somme indicate in polizza*, di quanto questi sia tenuto a rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato in relazione a danni dallo stesso involontariamente cagionati a terzi per morte o lesioni personali (in seguito denominati danni corporali) e distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati (in seguito denominati danni materiali) per errori personalmente commessi nell'esercizio della professione indicata nel frontespizio di polizza, esercitata, nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale indicata in polizza, compresa l'attività professionale eventualmente esercitata in regime *intra moenia* in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti.

Estensioni di garanzia

Nei limiti e termini sopra precisati, l'assicurazione vale anche con riferimento a:

- a) l'impiego di apparecchi a raggi X e altre tecniche radianti e di immagine per scopi diagnostici e terapeutici, apparecchiature elettromedicali in genere;
- b) l'effettuazione di vaccinazioni somministrate in qualsiasi fascia di età;
- c) l'insorgenza di malattia conseguente ad encefalopatia spongiforme (BSE) come a titolo esemplificativo l'encefalopatia spongiforme bovina o nuove varianti della malattia di Creutzfeld – Jacob (vCJD). *Tale estensione è prestata a condizione che l'Assicurato abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia ed in vigore al momento. La garanzia è prestata con un sottolimito pari a € 250.000 per sinistro e annualità assicurativa;*
- d) l'impiego di sonde e/o cateteri e/o altre tecniche per esami, analisi, indagini diagnostiche e terapeutiche a carattere invasivo, *utilizzate nell'ambito delle competenze acquisite della specifica professione assicurata ai sensi di polizza;*
- e) la pratica di mesoterapia, magnetoterapia ionoforesi, diatermia, elettroterapie effettuate esclusivamente a scopi terapeutici, *con esclusione del campo della medicina estetica e a condizione che tali pratiche rientrino nel campo specifico della professione medica assicurata;*
- f) l'impiego e/o prescrizione di farmaci omeopatici da parte di medici, purché autorizzati e approvati dal Ministero della Salute, *con esclusione in ogni caso della mancata rispondenza del trattamento e cura rispetto all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;*
- g) cure palliative e/o terapie del dolore eseguite in conformità di quanto previsto dalla legge e purché le stesse rientrino nell'ambito delle competenze professionali previste per la specializzazione posseduta e che vengano svolte all'interno della Struttura Sanitaria *se debitamente autorizzata, con esclusione in ogni caso della mancata rispondenza del trattamento e cura rispetto all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.*

b) R.C. Professionale per interventi professionali effettuati per obbligo di solidarietà

Nei limiti delle somme indicate in polizza, la Società si impegna, inoltre, a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi fosse tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge per danni corporali involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di errori professionali personalmente commessi nell'esecuzione di interventi di primo soccorso effettuati anche al di fuori della struttura sanitaria pubblica indicata in polizza per obbligo di solidarietà umana, *così come previsto dal codice di deontologia professionale.*

Art. 2 - Condizioni di validità dell'assicurazione

L'assicurazione è valida a condizione che l'attività professionale sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Assicurato sia regolarmente iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e sia in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio della specializzazione indicata in polizza.

La radiazione o sospensione, per qualsiasi motivo, dall'ordine professionale determinano la cessazione, con pari data, dell'assicurazione.

Art. 3 - Validità temporale

L'assicurazione è operante per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione, o entro sei mesi dalla sua cessazione, sempreché originate da errori posti in essere durante il suindicato periodo di efficacia dell'assicurazione.

Tuttavia, se la presente polizza sostituisce, senza soluzione di continuità, altra in corso con la Società o con altre confluente per fusione o incorporazione nella stessa Società, *per il medesimo rischio*, l'assicurazione è operante per le richieste di risarcimento:

- originate da errori professionali commessi non prima della decorrenza della polizza sostituita (o di quelle che a loro volta sono state sostituite) e non prima comunque di 10 anni dalla data di effetto della presente polizza; *a condizione che tali errori professionali siano riconducibili al medesimo settore pubblico di attività professionale oggetto dell'attuale copertura assicurativa,*
- presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della presente polizza e non indennizzabili sulla base della polizza sostituita in quanto presentate all'Assicurato oltre i limiti temporali previsti dalla stessa,

restando fra le parti inteso che:

- dette richieste saranno indennizzate *alle condizioni normative della presente polizza e fino a concorrenza del massimale dalla stessa previsto;*
- *il predetto massimale rappresenta l'esposizione massima della Società, indipendentemente dal numero nelle richieste.*

Art. 4 - Cessazione dell'attività

In caso di cessazione dell'attività professionale, *debitamente documentata*, intervenuta durante il periodo di efficacia dell'assicurazione per raggiungimento dei limiti di età, rinuncia volontaria (*esclusa radiazione o sospensione dall'ordine professionale*), malattia o morte, è facoltà dell'Assicurato o dei suoi eredi richiedere, *entro 60 giorni dall'avvenuta cancellazione dall'Albo/ordine professionale*, la proroga, *fino ad un massimo di dieci anni*, del termine per la presentazione delle richieste di risarcimento previsto in sei mesi dall'articolo 3 – Validità temporale, che precede.

La prestazione della suddetta estensione resta subordinata alle seguenti ulteriori condizioni:

- a) *che l'Assicurato o i suoi eredi, sotto pena di decadenza della stessa, si impegnino a non stipulare assicurazioni per le medesime garanzie con altre Compagnie;*
- b) *che l'Assicurato o i suoi eredi dichiarino ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di atti, fatti, eventi o circostanze che potrebbero comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.*

Qualora ricorrano le condizioni sopra riportate, la presente estensione di garanzia:

- a) *verrà resa operativa a fronte del pagamento di un premio:*
 - *pari al doppio dell'ultimo premio annuo in caso di durata fino a 5 anni;*
 - *pari al triplo dell'ultimo premio annuo in caso di proroga di durata superiore a 5 anni e fino a 10 anni,*
- b) *sarà prestata fino a concorrenza del massimale previsto in polizza per l'annualità assicurativa in corso al momento della cessazione dell'attività con cancellazione dall'ordine/albo professionale, che costituirà il limite complessivo di esposizione della Società per tutti i sinistri denunciati nell'intero periodo.*

Qualora le citate condizioni non ricorrano, la Società si riserva di valutare la richiesta declinando, in caso di accettazione, condizioni di operatività della relativa estensione e premio per la stessa richiesto.

In ogni caso, l'estensione di garanzia sarà prestata con effetto dalla scadenza anniversaria successiva al momento della cessazione dell'esercizio dell'attività professionale e durata corrispondente a quella definita in base alle norme contenute nel presente articolo.

Art. 5 - Massimali di garanzia ed eventuale franchigia

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati nel frontespizio di polizza che rappresenta il limite di risarcimento a carico della Società per ogni sinistro e per ogni annualità assicurativa, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato nello stesso periodo.

In caso di più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo, la data della prima richiesta sarà considerata come la data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente alla cessazione dell'assicurazione, fermo restando quanto stabilito all'art. 3 – Validità temporale, che precede. A tal fine, più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo sono considerate unico sinistro.

Qualora in polizza sia indicato un importo di franchigia, l'assicurazione si intenderà prestata con la detrazione, per ogni sinistro, di detto importo, che rimarrà a carico dell'Assicurato. Restano comunque fermi, salvo che siano inferiori alla franchigia eventualmente pattuita, gli importi di franchigia eventualmente previsti nelle clausole speciali richiamate in polizza per le relative estensioni di garanzia.

Art. 6 - Delimitazioni dell'assicurazione - Esclusioni

I - Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;*
- b) i collaboratori, gli ausiliari, i dipendenti, i praticanti ed i prestatori di lavoro in genere del sistema sanitario nazionale e chi si trovi con loro nei rapporti di cui alla lettera a) salvo che fruiscono personalmente delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale quali pazienti;*
- c) le società in cui l'Assicurato rivesta la funzione di legale rappresentante, consigliere d'amministrazione, socio a responsabilità illimitata, amministratore unico o dipendente.*

II - L'assicurazione non comprende le richieste di risarcimento derivanti da danni:

- a) diversi da morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose;*
- b) riconducibili a prestazioni non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del SSN salvo quanto previsto all'art. 1 – Oggetto dell'assicurazione con riferimento all'attività professionale esercitata in regime intra moenia in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti e agli interventi professionali effettuati per obbligo di solidarietà;*
- c) conseguenti a responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivategli dalla legge, derivanti dallo svolgimento abusivo della professione e/o non rientranti nella competenza professionale stabilite dalle leggi e dai regolamenti; nonché relativi a rimborso ai Clienti di quanto eventualmente corrisposto al SSN per le prestazioni professionali rese dall'Assicurato;*
- d) da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute nonché a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo o di cui l'Assicurato deve rispondere ai sensi degli articoli 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del codice civile;*
- e) derivanti dalle attività di biotecnologia, di manipolazione e/o ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (OGM);*
- f) cagionati da merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita, locazione o comodato dopo la consegna a terzi;*
- g) da trasformazioni ed assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, sostanze radioattive, macchinari ecc.), salvo l'impiego per scopi diagnostici e terapeutici di raggi X e di altre tecniche radianti e di immagine secondo il disposto delle estensioni di garanzia dell'art. 1;*
- h) derivanti da responsabilità conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali derivanti dal ruolo di Direttore Sanitario nonché di quelle di dirigente responsabile di reparti o di altra unità, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e private, ferma restando l'operatività della garanzia per la personale responsabilità professionale dell'Assicurato;*
- i) derivanti da attività di sperimentazione clinica e di ricerca, di ricerca e sperimentazione di farmaci;*
- j) conseguenti alla mancata rispondenza dell'intervento rispetto all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;*
- l) derivanti all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvalga nell'esercizio della propria attività) nonché derivanti da mero vincolo di solidarietà nel caso di responsabilità concorrente o solidale con altri soggetti non assicurati, fatta salva la quota di danno direttamente imputabile all'assicurato in ragione della gravità della propria colpa;*

- m) conseguenti a conservazione, distribuzione del sangue e dei suoi preparati o derivati di pronto impiego, nonché da immunodeficienza acquisita, patologie correlate, epatiti e/o da contagio in genere;
- n) derivanti dalla proprietà e conduzione dello studio professionale;
- o) derivanti dall'attività svolta da medici presso i reparti di pronto soccorso;
- p) derivanti dalla pratica di tecniche di fecondazione assistita;
- q) derivanti dall'effettuazione di analisi chimiche nel settore merceologico ed ambientale e/o indagini ed analisi a carattere genetico e/o prenatale;
- r) derivanti dall'impiego di farmaci e sostanze biologicamente o farmacologicamente attive nonché da pratiche mediche considerate doping, ai sensi della legge 14 dicembre 2000, n. 376, del decreto 17 aprile 2013 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e successive modifiche o integrazioni;
- s) da circolazione su strade di uso pubblico o aree equiparate di veicoli a motore, da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- t) derivanti dall'uso di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona che non abbia compiuto il 16° anno di età, o comunque non sia in possesso dei requisiti psico-fisici necessari per l'abilitazione a norma delle disposizioni in vigore;
- u) verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata e non), guerra civile, insurrezione, tumulti popolari, sommosse, occupazione militare ed invasione; i danni direttamente o indirettamente causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, atti di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altro evento che possa aver contribuito al verificarsi dei danni; i danni causati o derivati da, o verificatisi in occasione di, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere qualsiasi atto di terrorismo;
- v) di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto, né per i danni conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde o campi elettromagnetici;
- w) derivanti da interventi di chirurgia estetica e/o trattamenti di medicina estetica e/o di cosmesi nonché da esecuzione di tatuaggi e piercing;
- x) imputabili ad assenza del consenso informato;
- y) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, non corretto trattamento dei dati personali, ingiuria o diffamazione.

Restano, inoltre, comunque escluse le perdite patrimoniali di qualunque natura.

Art. 7 - Danni all'ambiente

Sono esclusi altresì dall'assicurazione i danni da inquinamento di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinato; da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed, in genere, di quanto si trovi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento.

Art. 8 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per errori posti in essere in Italia, nonché nel territorio degli stati di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 9 - Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione e periodo di assicurazione - Mezzi pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza ,se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'agenzia di riferimento oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento,

ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile. Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
- per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, *salvo il buon fine degli addebiti stessi*, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; *alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive*;
- fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.
In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.
In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

() si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

*(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.*

Art. 10 - Dichiarazioni del Contraente – Variazione di rischio

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni, ai dati ed alle informazioni forniti dal Contraente/Assicurato tramite la proposta –questionario che forma parte integrante del contratto nonché di informazioni su specifiche circostanze del rischio oggetto di domande integrative da parte della Società.

Le inesattezze e le reticenze nelle dichiarazioni del Contraente/Assicurato in merito alle informazioni e/o circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Qualora si verificano variazioni che modificano il rischio - *di cui l'Assicurato/Contraente deve dare immediata comunicazione alla Società* - si applicano gli articoli 1897 e 1898 del codice civile.

Art. 11 - Assicurazioni complementari

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione alla Società della stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente assicurazione.

Art. 12 - Denuncia dei sinistri e obblighi dell'Assicurato

Il Contraente/Assicurato deve fare denuncia scritta alla Società di ciascun sinistro entro 15 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Agli effetti della presente assicurazione la denuncia deve essere fatta per iscritto e contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro e ogni altra notizia utile per la Società.

Alla denuncia devono poi fare seguito, tempestivamente, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro, oltre che una relazione confidenziale sui fatti.

Art. 13 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

Sono a carico della Società, ai sensi dell'articolo 1917 del codice civile, le spese sostenute per assistere e difendere l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza; qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato, in proporzione al rispettivo interesse.

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

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato né, comunque, delle spese di giustizia penale.

Art. 14 - Recesso dal contratto in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, Contraente e Società possono recedere dal contratto dandone avviso all'altra Parte. Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione. Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione medesima. In tutti i casi, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società mette a disposizione il premio relativo al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro e qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 15 - Durata del contratto

L'assicurazione cessa alla scadenza contrattualmente stabilita senza necessità di disdetta.

Le parti si riservano la facoltà di rinnovare il contratto, a condizioni di premio, eventualmente diverse, da pattuire, alla scadenza dello stesso.

Qualora entro il quindicesimo giorno successivo a tale scadenza il Contraente rinnovi il contratto con la Società per il medesimo rischio, l'efficacia dell'assicurazione si intende temporaneamente prorogata fino alla data del rinnovo (ma non oltre il predetto quindicesimo giorno).

Art. 16 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

Per l'interpretazione del contratto, delle presenti Condizioni di assicurazione come di eventuali condizioni ad esso regolarmente aggiunte in polizza dalle Parti, si dovrà far riferimento alle norme di legge vigenti.

DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ MEDICHE E PARAMEDICHE ASSICURABILI

L'assicurazione è prestata in base all'esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata corrisponde a quella indicata in polizza e che, per il tramite del codice attività ivi indicato, si identifica con quella risultante dall'elenco seguente.

CODICE	DESCRIZIONE
101	Infermiere (non pediatrico e non attrezzista di sala operatoria)
102	Tecnico radiologo
103	Igienista dentale
104	Fisioterapista
105	Massoterapista
106	Podologo
107	Optometrista - Ortottista - Assistente di Oftalmologia
108	Logopedista
109	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
110	Tecnico riabilitazione psichiatrica
111	Tecnico Audiometrista
112	Tecnico di Neurofisiopatologia
113	Terapista occupazionale
114	Educatore professionale
115	Assistente sanitario - OSS - OSA - OTA
116	Osteopata
117	Posturologo
118	Farmacista
141	Infermiere attrezzista di sala operatoria
142	Tecnico perfusionista
143	Assistente di anestesia
144	Biologo (escluse analisi genetiche)
145	Psicologo
147	Infermiere pediatrico
148	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
149	Dietista
171	Ostetrico/a
173	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro
192	Biologo (comprese analisi genetiche)
201	Audiologia e foniatría
202	Biochimica e chimica clinica (escluse analisi genetiche)
203	Microbiologia e virologia (escluse analisi genetiche)
204	Psichiatria
205	Psicologia clinica
206	Scienza dell'alimentazione e dietologia
208	Fisico medico, Fisico sanitario
210	Odontotecnico

CODICE	DESCRIZIONE
211	Tecnico Audioprotesista
212	Tecnico Ortopedico - Ernista
214	Ottico
215	Agopuntura
216	Urologia pediatrica (esclusa chirurgia)
217	Endocrinochirurgo
251	Geriatra
252	Igiene e medicina preventiva
253	Medicina del lavoro
254	Medicina dello sport
255	Allergologia ed immunologia clinica
256	Diabetologia
257	Endocrinologia e malattie del ricambio (anche ad indirizzo di Auxologia)
258	Malattie infettive
259	Malattie tropicali
260	Medicina termale - Idrologia medica
261	Medicina di comunità
271	Tossicologia medica
301	Medicina fisica e della riabilitazione - Fisiatria
302	Medicina interna
303	Medicina nucleare
304	Neurologia (esclusa chirurgia)
305	Neuropsichiatria (anche infantile)
306	Pediatria (esclusa chirurgia)
307	Reumatologia
308	Neurofisiopalologia
350	Andrologia
351	Angiologia (esclusa chirurgia)
352	Malattie dell'apparato cardiovascolare (esclusa chirurgia e tecniche diagnostiche e terapeutiche endoscopiche)
354	Ematologia
355	Gastroenterologia
356	Immunologia clinica e diagnostica
357	Malattie dell'apparato respiratorio
358	Medicina d'urgenza e di pronto soccorso (eseguita in via continuativa)
359	Nefrologia
360	Odontoiatria clinica generale (esclusa implantologia)
361	Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia)
362	Pneumologia
363	Radiodiagnostica
364	Urologia (esclusa chirurgia)
366	Oftalmologia - Oculistica (esclusa chirurgia)
367	Farmacologia clinica
368	Odontoiatria pediatrica
369	Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio

CODICE	DESCRIZIONE
401	Anatomia patologica (comprese analisi genetiche)
402	Chirurgia dell'apparato digerente (comprese endoscopie digestive)
403	Chirurgia d'emergenza - urgenza
405	Chirurgia maxillo facciale (esclusa chirurgia estetica)
406	Chirurgia toracica
408	Angiologia (compresa chirurgia)
410	Dermatologia e venerologia
411	Biochimica e chimica clinica (comprese analisi genetiche)
412	Patologia clinica (comprese analisi genetiche)
456	Microbiologia e virologia (compresa analisi genetiche)
458	Odontoiatria (compresa implantologia) - Ortognatodonzia - Chirurgia orale
461	Pediatria (ad indirizzo di neonatologia e patologia neonatale con esclusione chirurgia pediatrica)
462	Radioterapia
464	Genetica medica (comprese analisi genetiche)
466	Urologia (compresa chirurgia)
467	Oftalmologia - Oculistica (esclusa chirurgia estetica)
468	Otorinolaringoiatria (compresa chirurgia)
501	Chirurgia pediatrica
502	Neurochirurgia (o neurologia chirurgica)
503	Urologia pediatrica (compresa chirurgia)
504	Oncologia
506	Cardiochirurgia (o cardiologia chirurgica)
507	Chirurgia vascolare
508	Chirurgia generale (esclusa chirurgia estetica)
509	Medico di medicina generale
510	Medico veterinario
551	Anestesia - Rianimazione e terapia intensiva
552	Ortopedia e traumatologia
601	Chirurgia Chirurgia estetica, plastica e ricostruttiva
602	Chirurgia maxillo facciale (compresa chirurgia estetica)
603	Ginecologia ed ostetricia (compresa chirurgia)

CLAUSOLA TLCGS - TUTELA LEGALE (operante se indicato in polizza il relativo premio)

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.

*con sede in Verona – Via Enrico Fermi 9/B – Numero verde 800475633 – Fax (045) 8351023, sinistri@das.it
in seguito per brevità denominata DAS.*

A quest'ultima dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altro elemento relativi a tali sinistri.

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società assume a proprio carico, nei limiti del massimale indicato in polizza, l'onere relativo ad ogni spesa per assistenza giudiziale, nei procedimenti di responsabilità avanti la Corte dei Conti, per tutela dell'Assicurato, in conseguenza di errori commessi nell'esercizio della professione indicata nel frontespizio di polizza esercitata alle dipendenze del sistema sanitario pubblico compresa l'attività intra moenia in conformità alle norme vigenti; la garanzia è estesa a danni involontariamente cagionati dall'Assicurato a terzi per morte o lesioni personali/corporali nell'esecuzione di interventi di primo soccorso effettuati anche ad di fuori della struttura pubblica indicata in polizza per obbligo di solidarietà umana come previsto dal codice di deontologia professionale.

Per spese si intendono esclusivamente:

- le spese per intervento di un legale.
- le spese per intervento di un perito e di eventuale investigatore privato.

Art. 2 - Limiti Territoriali

L'assicurazione vale per i sinistri verificatisi nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino e che, in caso di giudizio, sono trattati davanti all'Autorità Giudiziaria degli stessi Paesi.

Art. 3 - Coesistenza con assicurazione RC Professionale

Coesistendo assicurazione di RC Professionale, la garanzia prevista dalla presente polizza opera nel caso di mancata gestione delle vertenze di danno ai sensi dell'art. 13 Gestione delle vertenze di danno - Spese legali delle Condizioni di Assicurazione RC Professionale o ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che è dovuto dall'assicurazione di RC Professionale per spese di resistenza e soccombenza.

Art. 4 - Decorrenza della garanzia

La garanzia vale per i procedimenti iniziati e determinati da fatti verificatisi nel periodo di validità della garanzia stessa e precisamente dopo le ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione e sempreché i sinistri siano stati denunciati entro 6 mesi dalla cessazione della polizza.

I fatti che hanno dato origine al sinistro si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o inadempimento; il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

Art. 5 - Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS mediante una delle seguenti modalità:

1. DENUNCIA TELEFONICA al nr. verde 800475633: DAS raccoglierà la denuncia, indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del sinistro e rilascerà un numero identificativo della pratica.

2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata a DAS:

- per posta elettronica a: sinistri@das.it, oppure
- per posta ordinaria a: DAS S.p.A. - Via Enrico Fermi 9/B - 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del sinistro.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. *In caso di inadempimento si applica l'art. 1915 Codice Civile.*

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale che esercita in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia, ovvero che esercita nel Circondario del Tribunale ove ha la sede legale o la residenza l'Assicurato - al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con DAS.

Art. 6 - Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro di cui all'art. 5 "Denuncia del sinistro e scelta del legale", DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs. 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.

Ove la composizione bonaria non riesca, *se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo* e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'art. 5 "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- *l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*

- *gli incarichi ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;*
- *gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;*
- *l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benessere - i quali verranno ratificati da DAS, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.*

Per quanto riguarda le spese attinenti l'esecuzione forzata, l'Assicurato è tenuto indenne limitatamente ai primi due tentativi.

DAS non è responsabile dell'operato di legali e consulenti tecnici.

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulla gestione del sinistro la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto.

Art. 7 - Liquidazione del danno

DAS provvederà - per conto della Società - a liquidare, *nei limiti dell'operatività della garanzia assicurativa prestata e fino a concorrenza dei relativi massimali indicati nel contratto*, tutte le somme a carico dell'Assicurato dovute ai legali ed ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati per l'attività professionale svolta in favore dell'Assicurato, sia in fase stragiudiziale sia in fase giudiziale.

La liquidazione del sinistro avverrà esclusivamente a definizione della vertenza. La Società e/o DAS non sono tenute a corrispondere anticipi all'Assicurato o a pagare acconti ai legali ed ai periti incaricati.

In caso di condanna, soccombenza o di transazione che comporti oneri, tutte le spese legali e peritali, comprese quelle liquidate in favore dell'altra parte, saranno a carico della Società, *dopo esaurimento di quanto eventualmente a carico di altro assicuratore.*

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari, fino a concorrenza dell'indennizzo assicurativo pagato.