

GLOSSARIO

Ai termini ed espressioni seguenti, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Contraente	il soggetto che stipula il contratto per sé o a favore di terzi.
Claims made	è il regime nel quale l'oggetto della garanzia di responsabilità civile è individuato nella richiesta di risarcimento del terzo danneggiato. Pertanto le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel periodo di durata della polizza, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.
Cose	sia gli oggetti materiali che gli animali.
Danno	il pregiudizio economico conseguente a morte, lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose.
Franchigia	l'importo prestabilito che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Massimale	la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare, per sinistro e periodo di assicurazione, ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Periodo di Assicurazione	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale della Polizza.
Polizza	il documento che regola i rapporti contrattuali ed è emesso quale prova del contratto di assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato: I) la comunicazione scritta 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 Patrimoniali; 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; IV) la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; V) la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.
Società	l'Impresa di assicurazione.
Sinistro	la richiesta di risarcimento di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DELL'ASSICURATO SULLA NECESSITA' DI LEGGERE
ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

A. Avviso importante

La presente Polizza è prestata nella forma "claims made", come precisato al successivo Articolo 9 - Forma della assicurazione e Retroattività.

B. Definizioni

Le Parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Assicurato	la persona fisica indicata nella Scheda di Polizza e che svolge l'attività professionale indicata nel Modulo di Proposta e riportata nella Scheda di Polizza stessa.
Contraente	il soggetto che sottoscrive la presente Polizza.
Società	l'impresa di assicurazioni
Corrispondente	il broker wholesale al quale la Società ha conferito il mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa alla presente Polizza nonché per l'incasso dei premi.
Broker	l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni ad essi conseguenti.
Franchigia	l'importo prestabilito che viene dedotto dal Danno ed è a carico dell'Assicurato.
Modulo di Proposta	il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le attività professionali svolte nonché le dichiarazioni relative a richieste di risarcimento e/o fatti che hanno generato Sinistri o che potrebbero far supporre il sorgere di eventuali Richieste di Risarcimento.
Massimale	la somma massima che la Società sarà tenuta 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.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
Periodo di Assicurazione	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza della Polizza e indicate nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questa Polizza. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Periodo di Retroattività	il periodo temporale pari a 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio del Periodo di Assicurazione.
Polizza	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Richiesta di Risarcimento	quella che per prima tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato: I) la comunicazione scritta (esclusa la querela e il procedimento penale) 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 Patrimoniali; II) la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; III) l'inchiesta giudiziaria civile promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione. IV) la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile"; V) la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.
Scheda di Polizza	il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, l'attività professionale svolta dall'Assicurato, le date di effetto e di scadenza della Polizza e il premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Sinistro	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Articolo 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Aggravamento del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto nel Modulo di Proposta formano la base della presente Polizza e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente, 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).

Nel caso di mutamenti che aggravino il rischio, l'Assicurato ha l'obbligo di darne immediato avviso alla Società e si applicano le disposizioni di cui all'art. 1898 del Codice Civile.

L'Assicurato/Contraente, ai sensi articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, dichiara di non essere a conoscenza di fatti noti ovvero fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione, salvo quanto eventualmente indicato nel Modulo di Proposta.

Le eventuali Richieste di Risarcimento derivanti da tali fatti noti, anche se dichiarati nel Modulo di Proposta, in qualsiasi caso, rimangono esclusi da questa assicurazione.

Articolo 2 - Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato/Contraente, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Qualora esistano dette altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito in Polizza.

Articolo 3 - Pagamento del premio

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza 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, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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.

Articolo 4 - Comunicazioni - Modifiche dell'assicurazione

Ogni comunicazione inerente la Polizza deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti.

Articolo 5 - Durata della Polizza

La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza, fermo quanto previsto all'Articolo 3 - Pagamento del Premio.

In assenza di disdetta alla Polizza inoltrata mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza del Periodo di Assicurazione, la stessa si intenderà rinnovata per un nuovo Periodo di Assicurazione.

Articolo 6 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 7 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di appartenenza dell'Assicurato.

Articolo 8 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

Articolo 9 - Forma dell'assicurazione – Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita in Polizza.

Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e, trascorsi 15 (quindici) giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser ad essa denunciato.

L'assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute nel Modulo di Proposta che forma parte integrante della presente Polizza.

Articolo 10 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta e riportata nella Scheda di Polizza.

La Società risponde:

- a. dei Danni e delle Perdite Patrimoniali cagionate a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- b. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto - non facenti capo al sistema sanitario pubblico - a cui l'Assicurato presta la propria opera, o esperite dal suo Assicuratore, ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi;
- c. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

L'assicurazione comprende altresì:

- d. i Danni e le Perdite Patrimoniali derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata.

Nel caso in cui l'Assicurato svolga l'attività professionale in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività intramoenia) la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, unicamente qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

Articolo 11 - Limite di indennizzo

L'assicurazione è prestata, per ciascun Periodo di Assicurazione, fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

Articolo 12 - Esclusioni

Essendo l'assicurazione prestata nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono esclusi:

1. i sinistri che siano denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 15 (quindici) giorni di cui all'articolo relativo agli Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro;
2. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita in Polizza.

Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

3. conseguenti a fatti noti all'Assicurato prima della data di inizio della Polizza, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
4. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

5. per Danni e Perdite Patrimoniali che siano conseguenze dell'inottemperanza a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
6. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
7. 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);
8. relative a perdite o danni da furto o da danneggiamenti a cose causati da incendio, esplosione o scoppio;
9. 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'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato;
10. per Danni e Perdite Patrimoniali derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici;
11. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

12. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
13. che abbiano origine o che siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di medico, 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.

Articolo 13 - 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, 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. La Società pertanto non è obbligata per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 14 - Persone non considerate terzi

Non sono considerate terzi il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive.

Articolo 15 - Gestione delle vertenze e spese legali

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

Sono a carico della Società le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 16 - Responsabilità solidale

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

Articolo 17 - Estensione nel caso di cessazione dell'attività - Protezione eredi

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altre ragioni imposte, 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.

Entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza di detta data l'Assicurato può chiedere l'estensione, alle medesime condizioni, della copertura dei sinistri relativi a Richieste di Risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato e denunciate alla Società nel corso dei 2 (due) anni successivi alla scadenza dell'ultimo Periodo di Assicurazione per il quale l'Assicurato ha pagato il relativo premio, purché riferiti a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere nei 5 (cinque) anni precedenti la Richiesta di Risarcimento.

Tale estensione, previo versamento di un importo pari a quello riferito all'annualità in corso, ha effetto dalla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso e la Società risponderà fino a concorrenza del Massimale convenuto, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti all'intera durata di 2 (due) anni, terminati i quali l'assicurazione cessa definitivamente.

In caso di cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere sopraggiunte durante il Periodo di Assicurazione in corso, 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, a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili, e anche l'estensione contemplata in questo articolo si trasferisce a loro favore sempre che tale opzione sia esercitata entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'Articolo 19 - Facoltà di recesso.

Articolo 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Società di ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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 la Società.

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

Ferma ed invariata la definizione di Sinistro, l'omessa denuncia di un Sinistro entro i 15 (quindici) giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la Richiesta di Risarcimento estranea a questa Polizza.

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare Danni e Perdite Patrimoniali risarcibili da questa assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Senza il previo consenso scritto della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 19 - Facoltà di recesso

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte della Società, questa, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 20 - Surrogazione

La Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di Danni e Perdite Patrimoniali 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 il Contraente è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Articolo 21 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della Scheda di Polizza, facente parte integrante della presente Polizza, il Contraente conferisce al Broker indicato nella Scheda di Polizza stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che ogni comunicazione fatta:

- a) dalla Società al Broker sarà considerata come fatta al Contraente/Assicurato;
- b) dal Broker alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente/Assicurato.

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker, pertanto il pagamento del premio eseguito al Broker stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'art. 118 del D.lgs 209/2005.

La Società conferisce al Corrispondente mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa alla presente Polizza compreso l'incasso dei premi.

Pertanto si conviene che:

- c) ogni comunicazione fatta al Corrispondente sarà considerata come fatta alla Società;
- d) ogni comunicazione fatta dal Corrispondente sarà considerata come fatta dalla Società.

Articolo 22 - Franchigia

Qualora nella Scheda di Polizza fosse indicato un importo di Franchigia, l'assicurazione si intenderà prestata previa detrazione, per ogni Sinistro, di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.