



ESTRATTO POLIZZA N ° 3500207026

PROSPETTO CATEGORIE ASSICURATE

COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI DEL COMPARTO SANITARIO PUBBLICO e PRIVATO, NESSUNO ESCLUSO, DI SEGUITO IDENTIFICATI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO, ISCRITTI A CO.IN.A.

A) PERSONALE INFERMIERISTICO

Infermiere
Ostetrica
Dietista
Infermiere Pediatrico
Podologo
Igienista Dentale

B) TECNICO SANITARIO

Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
Tecnico Sanitario Radiologia Medica
Tecnico Neurofisiopatologia
Tecnico Ortopedico
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare Odontotecnico
Ottico

C) RIABILITAZIONE Tecnico Audiometrista

Tecnico Audioprotesista
Tecnico della Neuro e Psicomotricità Fisioterapista
Logopedista
Ortottista
Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale
Terapista
Terapista occupazionale
Massaggiatore non vedente
Educatore Professionale

D) VIGILANZA E ISPEZIONE

Tecnico della Prevenzione dell'ambiente e dei luoghi di lavoro
Assistente Sanitario

E) PERSONALE DI 2^ CATEGORIA

Infermiere
Generico
Puericultrice

F) RUOLO TECNICO

Collaboratore Tecnico-professionale Esperto
Collaboratore Tecnico-professionale
Assistente tecnico
Operatore Socio Sanitario
Operatore Tecnico
Operatore Tecnico di Assistenza
Assistente Sociale
Assistenti Specializzati

G) RUOLO AMMINISTRATIVO

Personale del ruolo sanitario con incarico organizzativo e di coordinamento e/o con incarico di professionista specialista e professionista esperto

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE"

PERSONALE INFERMIERISTICO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ADERENTE AL SINDACATO CO.IN.A.

PREMESSA

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

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

Resta inteso che:

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

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E DEL CONTRAENTE

Nel garantire la copertura assicurativa l'Assicuratore si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal contraente riguardo le specializzazioni degli assicurati. Tali dichiarazioni e Informazioni costituiscono un presupposto della copertura stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 C.C. A tal fine e con la stipulazione della presente polizza l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico in qualità di lavoratore subordinato dell'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale di appartenenza e/o nel sistema sanitario privato in qualità di lavoratore subordinato;

1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenzioni intervenuti con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale o con le Strutture Sanitarie Private presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa Struttura Sanitaria Privata o Azienda del Servizio Sanitario Nazionale è obbligata a garantire una adeguata copertura della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;

1.4 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Struttura Sanitaria Privata o Azienda del Servizio Sanitario Nazionale di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali e aziendali.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o del 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). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di Proposta al momento della sottoscrizione del contratto di Assicurazione.

Articolo 2bis AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata.

Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

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

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa nel periodo di polizza l'Assicurato sarà automaticamente in garanzia, senza dover comunicare tale variazione all'Assicuratore.

Articolo 3 DEFINIZIONI

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

Contraente	CO.IN.A. – Coordinamento Infermieristico Autonomo
Assicurato	il personale delle Strutture Sanitarie Private o del Servizio Sanitario Nazionale aderente al CO.IN.A. che ha versato la quota di iscrizione al Sindacato. CO.IN.A. dovrà fornire trimestralmente al Broker i nominativi degli aderenti al Sindacato comprensivi dei dati di cui alla circolare IVASS 10/03/2016.
Azienda del Servizio Sanitario Nazionale o Azienda Sanitaria	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale, presso cui l'Assicurato eserciti la propria attività professionale.
Struttura Sanitaria Privata	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario non facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale, presso cui l'Assicurato eserciti la propria attività professionale.
Assicuratore	SARA ASSICURAZIONI SPA
Broker	GBSAPRI SPA
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	la somma massima che l'Assicuratore sarà tenuto a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.
Periodo di Efficacia:	il periodo intercorrente tra la data di retroattività quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.
Richiesta di risarcimento:	<p>La prima, tra le seguenti circostanze, di cui viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • azione di rivalsa o surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata; • l'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per Colpa Grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; • la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria/Struttura Sanitaria o la società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria/Struttura Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo. <p>L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o procedimento civile promosso contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituiscono Richiesta di Risarcimento e dunque non sono Sinistri ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.</p> <p>Non sono inoltre considerate Richiesta di Risarcimento, a titolo esemplificativo e non esaustivo, e dunque non costituiscono Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato nei confronti dell'Azienda Sanitaria stessa; • "la comunicazione inviata ai sensi dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24 all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato; • "la Richiesta di Risarcimento avanzata e l'azione giudiziale promossa dal Terzo direttamente nei confronti dell'Assicurato.
Sinistro	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Certificato

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

Modulo e Scheda di Copertura

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

Terminato il Periodo di Assicurazione cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato, salvo quanto previsto dal successivo art. 12.

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

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", e copre le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi dopo il 31/12/2009.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di cui al presente contratto di Assicurazione, l'Assicuratore, fino a concorrenza del Massimale di Euro 250.000,00 per sinistro/Assicurato/anno e di Euro 1.000.000,00 per sinistro/anno i n caso di corresponsabilità tra Assicurati come definito all'articolo 3 e riportato nella Scheda di Copertura, presta l'assicurazione nella forma "claims made" come stabilito all'articolo 4 precedente, e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

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

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

L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale dell'Assicurato per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici al di fuori dell'attività retribuita e di attività di volontariato.

Solo ed esclusivamente in tale ipotesi la copertura è altresì estesa ai Danni cagionati con colpa lieve con un sotto-limite per ciascun Sinistro ed in aggregato annuo di un importo pari a EURO 50.000,00.

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

Articolo 6 PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, come definita nella presente polizza e ferme le esclusioni che seguono, viene prestata con riferimento alle attività svolte dall'Assicurato ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie o Strutture Sanitarie Private, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso. È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti, nonché l'attività libero-professionale, solo se esercitata per conto della struttura sanitaria pubblica o privata, su incarico della stessa (equiparazione ad attività di personale dipendente).

Articolo 7 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

L'Assicuratore risponde inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro, nel procedimento avanti la Corte dei Conti o al Giudice Ordinario o nel procedimento instaurato dalla Compagnia che eserciti rivalsa nei casi previsti dalla legge, così come previsto dall'art. 1917 del codice civile.

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

Articolo 8 NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”

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

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

Articolo 9 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Azienda Sanitaria o della Struttura Sanitaria Privata di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 10 ESCLUSIONI

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

- a) i sinistri che siano denunciati all'Assicuratore in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni e salvo quanto previsto all'articolo 12 che segue;
 - b) le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione, anche se non denunciate ad altri assicuratori. Configurano fatti e circostanze note: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda Sanitaria di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico e/o da parte della Struttura Sanitaria Privata di appartenenza, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.
 - c) i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività.
- 10.2 Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento: riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale Pubblico o da prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie private. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici;
- 10.2.1 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- 10.2.2 riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 10.2.3 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- 10.2.4 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 9;
- 10.2.5 per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici;
- 10.2.6 per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- 10.2.7 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 10.2.8 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 10.2.9 relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- 10.2.10 relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- 10.2.11 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10.2.12 riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- 10.2.13 conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

- 10.2.14 che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- 10.2.15 che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;
- 10.2.16 derivanti da rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.17 che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- 10.2.18 derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona;
- 10.2.19 avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.
- 10.2.20 Derivanti da situazioni anche indirettamente connesse a guerra e/o terrorismo;
- 10.2.21 Derivanti o connesse all'uso, alla manipolazione o alla presenza di asbesto o prodotti contenenti asbesto.

Articolo 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

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

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

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari applicabili, l'attività professionale precedentemente svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, per un periodo di dieci anni durante il quale la Società sarà tenuta a prendere in carico eventuali richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e riferite ad azioni o omissioni commesse durante il periodo di svolgimento dell'attività professionale coperto dalla presente polizza. In questi casi il massimale individuale si intende unico (a consumo) e non replicabile anche in caso di più sinistri avvenuti nel corso dell'intera durata della garanzia postuma decennale. La garanzia non opera nel caso l'Assicurato, al momento della richiesta di risarcimento, detenga una polizza assicurativa per i medesimi rischi previsti dalla presente polizza.

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

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

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

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel frontespizio di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati al Broker, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Relativamente ai singoli assicurati, la garanzia opera dalle ore 24.00 della data di associazione/adesione al CO.IN.A. e cessa alla scadenza annuale della presente polizza.

A parziale deroga dell'art. 1910 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il premio sarà corrisposto, a valere per ogni rata, entro 90 (novanta) giorni successivi alla data di inizio del relativo periodo. Se il Contraente non paga i premi o le rate successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno della corresponsione del premio, ferme le successive scadenze (art.1901 C.C.).

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto si rinnova automaticamente di anno in anno in assenza di disdetta trasmessa da una parte all'altra a mezzo di raccomandata AR con preavviso di 90 giorni.

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre coperture assicurative, contratte con altri Assicuratori, a coprire responsabilità dell'Assicurato e/o danni o perdite cagionati dall'Assicurato, analoghe rispetto a quelle garantite dalla presente Polizza, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre coperture assicurative siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale di Euro 250.000,00 per sinistro/Assicurato/anno e di Euro 1.000.000,00 per sinistro/anno in caso di corresponsabilità tra Assicurati.

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

Articolo 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

- a) Formale messa in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o dell'Assicuratore dell'Azienda Sanitaria di appartenenza per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- b) Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.
- c) Azione di rivalsa o surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata.

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

Non trattandosi, in questi casi, di sinistro ai sensi della presente polizza, resta inteso tra le Parti che le spese legali sostenute dall'Assicurato per la sua eventuale partecipazione ai procedimenti menzionati al primo paragrafo di questo articolo saranno a totale carico dell'assicurato.

L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Assicuratore per il tramite del Broker di ciascun Sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

La denuncia di Sinistro deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per l'Assicuratore.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti ed alla busta paga relativa al mese in cui l'Assicurato ha ricevuto richiesta di risarcimento danni così come definita in polizza.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 19 FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

Articolo 20 SURROGAZIONE

L'Assicuratore è surrogato, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche nazionali o delle Strutture Sanitarie Private, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e Società SARA Assicurazioni.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER

La gestione e assistenza nell'esecuzione del Contratto è affidata a GBSAPRI SpA.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., le Parti si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker; la Società da' atto che il pagamento dei premi al Broker è liberatorio per la Contraente.

Il Broker esercita attività di intermediazione assicurativa anche nei confronti degli Assicurati e si impegna a consegnare all'avente diritto estratto della polizza, moduli e/o certificati di assicurazione, in conformità alle norme vigenti.

Articolo 23 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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

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

Articolo 24 FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

OMISSIS – di esclusiva competenza della Contraente

Il sottoscritto Contraente, anche agendo per conto e nell'interesse degli Assicurati, dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente contratto di Assicurazione e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile,

DICHIARA

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma CLAIMS MADE;
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)
Articolo 9	Limiti territoriali
Articolo 10	Esclusioni
Articolo 12	Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale. Massimale unico per l'intera durata
Articolo 14	Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione
Articolo 16	Proroga dell'assicurazione
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Articolo 19	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 22	Clausola Broker
Articolo 23	Norme di legge e Foro Competente.