



**POLIZZA ASSICURATIVA "CLAIMS MADE" (RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)
VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA**

La presente Polizza Collettiva è prestata nella forma "Claims Made", ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

DEFINIZIONI

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

Assicurato

Tutti gli iscritti al Sindacato Contraente in regola con la quota associativa

Assicuratori (o "la Compagnia"):

ARISCOM – Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale Amministrativa: Via Guido D'Arezzo, 14 – 00198 Roma

Certificato di Assicurazione:

Il documento che comprova l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva.

Contraente:

Il soggetto che sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non beneficiando dei diritti derivanti dal contratto stesso e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli Assicurati, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.

Danno/Danni:

Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi conseguenziali.

Massimale:

La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

Perdite Patrimoniali:

Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Periodo di Assicurazione:

Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nell'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione che seguono.

Polizza Collettiva:

Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione. La presente Polizza Collettiva è stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art. 1891 C.C.

Richiesta di Risarcimento:

- 1) Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:
La comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenere responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni.
- 2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione
- 3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione.
- 4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo.
- 5) La comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato.
- 6) Il ricevimento da parte del Contraente Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge.
- 7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o l'impresa di Assicurazione con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.
Non è considerata comunicazione formale della Struttura Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.

Sinistro:

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



NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Articolo 1

FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come da definizioni di polizza, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi **NEI 10 ANNI PRECEDENTI LA DECORRENZA DELLA POLIZZA**. L'Assicurato deve essere in regola con la quota associativa nel momento della ricezione della richiesta di risarcimento.

Articolo 2

PERIODO DI ASSICURAZIONE

Ferme le ulteriori condizioni speciali, la polizza collettiva Colpa Grave Medica ha durata di ANNI TRE con tacito rinnovo ed è in facoltà delle parti di dettarla ogni anno con un preavviso di 60 giorni.

Articolo 3

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale indicato in polizza, **ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

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

- Il reato venga derubricato da doloso a colposo,
- L'Assicurato venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa del reato.

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

Articolo 4

NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

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

Sono esclusi da questa nozione:

- a. **Il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;**



- b. I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 5	LIMITI TERRITORIALI
------------	---------------------

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.

Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extra giudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 6	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
------------	---------------------------------

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato e da quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie/Enti Pubblici, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

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

Articolo 7	ESCLUSIONI
------------	------------

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza Collettiva, sono escluse:

- a. Richieste di risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 9 – Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;
- b. Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note, e che potrebbero determinare sinistri coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato, prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Assicuratori, che si siano concretizzati prima della decorrenza della copertura assicurativa, con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento, come da definizioni di polizza, da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dalla propria Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti;
- c. Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nell'Articolo 1, che si siano concretizzati, prima della decorrenza della copertura assicurativa, con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento, come da definizioni di polizza, da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dalla propria Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

Sono parimenti esclusi:

- a. I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b. I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

- c. Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d. I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 5;
- e. Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;
- f. I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g. I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h. I danni derivanti da Ingiuria o diffamazione;
- i. I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j. Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");
- k. I danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l. Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m. I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- n. Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;
- o. I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q. I danni e le perdite diversi da quelli ordinari con riferimento alle attività dichiarate dall'Assicurato svolte presso Aziende Sanitarie/Enti Pubblici se non delegate dagli stessi;
- r. Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control- "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N.1091/2013.

dell'attività professionale per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante la validità del contratto compresa la retroattività prevista dalla polizza.

Articolo 10	VARIAZIONI DEL RISCHIO
-------------	------------------------

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico, l'assicurazione cesserà di diritto decorso un termine di preavviso di 30 (trenta) giorni decorrenti da quando gli Assicuratori avranno dichiarato all'Assicurato l'intenzione di avvalersi della presente clausola risolutiva.

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

Articolo 11	PAGAMENTO DEL PREMIO
-------------	----------------------

Entro il 20 del mese successivo alla data di decorrenza della polizza convenzione il sindacato si impegna ad inviare a Buccioni's Studio sas l'elenco totale degli iscritti su file excel contenente NOME, COGNOME, DATA DI NASCITA, CODICE FISCALE, QUALIFICA, INDIRIZZO E-MAIL, ENTE DI APPARTENENZA, TELEFONO, CELLULARE, INDIRIZZO DI RESIDENZA.

Per le successive iscrizioni in corso di contratto, il premio per ogni mese di copertura sarà riferito ad 1 dodicesimo del premio annuo per ogni mese di copertura con un minimo assoluto pari al 50% del premio annuo.

Le nuove iscrizioni dovranno essere comunicate a Buccioni's Studio sas con file excel entro il 20 del mese successivo alla data di iscrizione.

Alla fine del periodo assicurativo annuale si procederà al conguaglio del premio riferito alle nuove iscrizioni e lo stesso dovrà essere saldato entro e non oltre 30 giorni dall'emissione dell'appendice di conguaglio

Se l'Assicurato non paga la prima rata di premio, il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del novantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termini di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 12	ONERI FISCALI
-------------	---------------

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

Articolo 13	RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE
-------------	---

La presente Polizza Collettiva ha durata triennale e sarà rinnovata tacitamente di anno in anno.

Le parti potranno procedere all'eventuale disdetta del contratto con comunicazione certa entro e non oltre 60 giorni dalla scadenza annuale.

Articolo 14	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
-------------	------------------------------------

Articolo 12	ONERI FISCALI
-------------	---------------

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

Articolo 13	RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE
-------------	---

La presente Polizza Collettiva ha durata triennale e sarà rinnovata tacitamente di anno in anno.

Le parti potranno procedere all'eventuale disdetta del contratto con comunicazione certa entro e non oltre 60 giorni dalla scadenza annuale.

Articolo 14	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
-------------	------------------------------------

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 15	OBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
-------------	---

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro", è fatto obbligo al Contraente denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa:

La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia né costituisce fatto, notizia, circostanza o situazione nota

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui e' assegnato il contratto (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza).

L'Intermediario a cui e' assegnato il contratto provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta alla Compagnia.

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

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

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 14, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 16	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
-------------	-----------------------------

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto la Contraente che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.



Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 17	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o coresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 18	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

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

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

Articolo 19	CLAUSOLA INTERMEDIARIO
--------------------	-------------------------------

Con la sottoscrizione del Certificato di Assicurazione l'Assicurato conferisce all'Intermediario indicato nel Certificato stesso il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta all'Intermediario sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Articolo 15 che resta invariato e confermato.

Ai sensi dell'Art. 55, comma 1, lett. a) del Regolamento ISVAP (ora IVASS) N. 5 del 16 Ottobre 2006, la Compagnia autorizza espressamente l'Intermediario all'incasso dei premi dai Clienti e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto.

Articolo 20	NORME DI LEGGE
--------------------	-----------------------

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

Articolo 21	MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA
--------------------	---

La copertura assicurativa vale automaticamente per tutti gli iscritti al Sindacato Contraente in regola con il pagamento della quota associativa al momento della decorrenza purchè inclusi negli elenchi di volta in volta comunicati dalla Contraente.

Articolo 22	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio annuo pro capite per ogni annualità è fissato in euro 14,00 imposte governative incluse.

Per gli aderenti al Sindacato Contraente in corso di annualità assicurativa la copertura sarà valida dalle ore 24 del primo giorno del mese successivo all'adesione al Sindacato. Si conviene di calcolare il premio in ragione di 1/12° per ogni mese di garanzia con un minimo assoluto pari al 50% del premio annuo.

Il Contraente fornirà alla Compagnia, tramite l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, un rendiconto mensile, in formato elettronico da convenirsi, delle singole adesioni alla presente Polizza Collettiva, contenente per lo meno le seguenti informazioni di base:

- Dati anagrafici completi di ciascun Assicurato;

Il rendiconto contenente le informazioni di cui sopra, relativamente all'attività di ciascun mese della presente Polizza Collettiva, sarà trasmesso alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Il rendiconto trasmesso in occasione della decorrenza conterrà l'elenco di tutti gli iscritti a tale data.

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alle adesioni alla presente Polizza Collettiva, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.



RC Colpa Grave Sezione I

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito nella scheda di polizza e stabilito nel Certificato di Assicurazione, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a titolo di responsabilità erariale in relazione all'attività professionale dichiarata in polizza, conseguente ad atti, fatti od omissioni a lui imputabili per colpa grave, nei termini e per gli effetti riconosciuti con sentenza passata in giudicato della Corte dei Conti a seguito di giudizio di accertamento e condanna per responsabilità erariale.

È esclusa la garanzia in caso di dolo dell'assicurato da cui sia generata responsabilità erariale.

L'assicurazione è prestata anche nel caso di rivalsa nei confronti dell'assicurato ad opera dell'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge, nonché per l'eventuale esperimento dell'azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Infine, l'assicurazione opera anche in relazione ad ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di Legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione e dentro un limite del 10% del danno indennizzato (es.: decreto ingiuntivo, spese legali ultronee).

L'assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà o di emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro del 10% del massimale di polizza

Fermo quanto previsto al precedente punto resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente, anche in extramoenia, e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale/Ente Pubblico o comunque che non sia svolto nell'ambito della sua funzione di dipendente pubblico.

MASSIMALE DI GARANZIA

Il massimale per sinistro e/o sinistro in serie è indicato al punto 5 della Scheda di Polizza.

PREMIO

Il premio è indicato al punto 7 della scheda di polizza.

IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA
ARISCOM
Compagnia di Assicurazioni S.p.A.