AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA N. ITOMM1100774
PER DIPENDENTI DI AZIENDE OSPEDALIERE E SANITARIE

QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATA NELLA FORMA
"CLAIMS MADE"

La presente Polizza è prestata nella forma "claims made", ciò significa che la polizza copre i sinistri notificati dall'Assicurato alla Società per la prima volta durante il periodo di validità della copertura, purchè siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita in Polizza

DEFINIZIONI

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

Contraente PM&I – Pro Marketing & Insurance Sas.

Assicurato il Personale dipendente e/o specializzando operante in strutture pubbliche (Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere e IRCCS) che abbia aderito alla presente Polizza.

Azienda Sanitaria ciascuna Azienda Sanitaria Locale od Ospedaliera e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico presso la quale o per conto della quale l'Assicurato presta servizio.

Società l'Impresa di Assicurazioni AmTrust Europe Limited Reg. n° 1229676 Member of the Associations of British Insurers – Authorised and regulated by the Financial Services Authority.

Corrispondente Trust Risk Group SpA, 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 GOLINUCCI SRL, il broker al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.

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

Danno/Danni il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone, ogni distruzione, deterioramento, alterazione, perdita danneggiamento totale o parziale di una cosa nonché i danni ad essi conseguenti.

Perdite Patrimoniali il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Massimale la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro o per più 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 compreso tra la data di effetto e la data di scadenza della Polizza.
Sinistro	la richiesta di risarcimento come di seguito definita.
Richiesta di risarcimento	si intende quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato: • la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato o manifesta all'Assicurato di ritenerlo responsabile per danni o perdite cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso a titolo di colpa grave; • l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti. Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste di risarcimento.
Modulo di adesione	il modulo on-line, generato dalla piattaforma web messa a disposizione dal Contraente, o suo incaricato, costituente richiesta e prova dell'adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.

ARTICOLO 1 – FORMA DELL'ASSICURAZIONE – RETROATTIVITA'

L'assicurazione è prestata nella forma *"claims made"* ossia è resa attiva solo quando la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di decorrenza di adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato.

ARTICOLO 2 - MASSIMALE

L'assicurazione è prestata, per **ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato**, fino alla concorrenza del Massimale di **€ 5.000.000,00** (cinquemilioni/00).

ARTICOLO 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società presta l'assicurazione fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 nella forma *"claims made"* enunciata all'articolo 1 e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi, inclusi i pazienti, nel caso di:

- azione di surrogazione esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL;
- azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria in conseguenza di danni erariali nei casi previsti dalla legge;

- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato.

Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste di risarcimento.

L'assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile dell'Assicurato per danni cagionati a terzi in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita. In tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimite per sinistro di € 1.000.000,00 (unmilione/00).

Resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico dell'Azienda Sanitaria ad esclusione di quanto previsto al capoverso che precede.

ARTICOLO 4 – GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

In caso di sinistro per il quale è operativa l'assicurazione, la Società assume fino al termine di tutti i gradi del giudizio 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.

La Società risponde in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali così sostenute.

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 5 – NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

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

Sono esclusi da questa nozione :

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

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

ARTICOLO 6 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Azienda Sanitaria, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada ed 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, salvo che mediante deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Sato Italiano .

ARTICOLO 7 – PRECISAZIONE SUI RISCHI ASSICURATI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività connesse alla qualifica dell'Assicurato dichiarata dallo Stesso nel Modulo di Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso le Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente e/o specializzando esclusivamente di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici).

E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

La Società consente all'Assicurato, (fermo restando il possesso del requisito di cui alla Definizione di Assicurato) di estendere l'assicurazione, entro i limiti temporali di validità della Polizza e suoi eventuali successivi rinnovi, sia alle attività pregresse sia a quelle future, purché svolte presso e/o per conto di Aziende Sanitarie.

ARTICOLO 8 - ESCLUSIONI

8.1 Premesso che questa è una assicurazione *"claims made"*, quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse:

a. la richiesta di risarcimento come precedentemente definita, che pervenga in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;

b. le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio dell'Assicurazione;

c. le richieste di risarcimento connessi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita in Polizza.

8.2 Sono parimenti esclusi:

a) i danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

b) i danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

c) le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;

d) 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 6;

e) i danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici, diagnostici o di sperimentazione di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;

f) i danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

g) i danni derivanti da ingiuria o diffamazione;

h) i danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;

i) 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);

j) i danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;

k) perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

l) 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;

m) 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;

n) 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, terapeutiche e di sperimentazione;

o) 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;

p) i danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali privati diversi da quello ordinario esistente tra Operatore Sanitario, Medico e Paziente;

q) le perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;

r) dei danni subiti da animali.

ARTICOLO 9 - RESPONSABILITA' SOLIDALE

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

ARTICOLO 10 – ESTENSIONE NEL CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

Se prima o durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato è venuta a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato, entro i termini di retroattività convenuti, continua ad essere coperta fino al termine dell'annualità in corso e per il suo successivo rinnovo se il premio è stato pagato alla rispettiva scadenza.

Al termine dell'assicurazione, nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili, con le medesime modalità di adesione alla Polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo pari ad una annualità di premio corrispondente all'ultima mansione svolta, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare un ulteriore copertura assicurativa per la durata di un ulteriore anno a copertura delle Richieste di Risarcimento portate per iscritto a conoscenza dell'Assicurato durante tale

periodo purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il tempo dell'Assicurazione, ivi incluso anche il periodo di retroattività previsto in Polizza.

Valgono le modalità previste dall'articolo 1.

ARTICOLO 11 – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto alla Società.
Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una qualifica assicurabile con la presente Polizza, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere alla comunicazione alla Società e all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto dalla prima scadenza utile.

ARTICOLO 12 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro i 60 giorni successivi a tale data altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ARTICOLO 13 – ONERI FISCALI

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

ARTICOLO 14 - DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata triennale dalle ore 24 del 31 Agosto 2011 alle ore 24 del 31 Agosto 2014.

E' data facoltà alle Parti di rescindere il contratto annualmente previo comunicazione di recesso da inviarsi a mezzo raccomandata A/R entro 90 giorni dalla scadenza annuale.

Al termine della durata sopra indicata, previo accordo tra le Parti, è data facoltà di rinnovo del presente contratto per un altro periodo triennale.

ARTICOLO 15 – COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'articolo 1910 del C.C. l'obbligo di comunicare alla Società 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.

ARTICOLI 16 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Ferma restando le definizione di Polizza "Richiesta di risarcimento" e "Sinistro", l'Assicurato è tenuto a denunciare, anche per il tramite del broker, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

a) richiesta di risarcimento in via di rivalsa da parte dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
b) richiesta di risarcimento in via di surrogazione da parte della Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
c) invito a dedurre o citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti.

La sola segnalazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine a sinistri rientranti nella copertura assicurativa di polizza non determina l'obbligo di denuncia di sinistro; parimenti l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'Oggetto dell'assicurazione non determina l'obbligo di denuncia di sinistro.

La denuncia di sinistro deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti 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.

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

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

ARTICOLO 17 – 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 la Contraente che la Società possono recedere dalla Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

In caso di recesso la Contraente si impegna a non fare sottoscrivere all'Assicurato ulteriori Moduli di Adesione che abbiano decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.

La durata della copertura nei confronti di ciascun Assicurato, relativamente alle coperture decorse prima della data di recesso, è garantita sino alla prima scadenza del periodo annuo di copertura per cui è stato pagato il relativo premio, senza possibilità di rinnovo.

ARTICOLO 18 – SURROGAZIONE

La Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

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

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

ARTICOLO 19 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONE DELLA POLIZZA

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dalla Società.

ARTICOLO 20 – GESTIONE DELLA POLIZZA

Con la sottoscrizione della presente Polizza il Contraente conferisce al Broker "Golinucci Srl" , con Sede in Viale Bovio 194 – 47521 CESENA (FC), il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

a. ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta al Contraente;
b. ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dal Contraente.

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker.

La Società conferisce al Corrispondente "Trust Risk Group SpA", con Sede in via Albricci, 9 - 20122 Milano (broker wholesale), mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa alla presente Polizza compreso l'incasso dei premi.

Pertanto si conviene che:

a. ogni comunicazione fatta al Corrispondente sarà considerata come fatta alla Società;
b. ogni comunicazione fatta dal Corrispondente sarà considerata come fatta dalla Società.

Relativamente ai sinistri la Società ha designato per la gestione, trattazione e definizione dei sinistri, in nome e per conto della stessa, la società MCM Medmal Claims Management Srl con sede in Centro Direzionale Isola C/2 – 80143 Napoli.

ARTICOLO 21 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ARTICOLO 22- MODALITA' DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA

Per l'adesione alla presente Polizza la Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati apposito sito internet, attraverso il quale la Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni Generali di Assicurazione contenenti la Nota Informativa e l'Informativa per la protezione dei dati personali.

La Contraente farà altresì sottoscrivere il Modulo di Adesione che dovrà successivamente far pervenire alla Società.

L'accesso a tale sito consente l'inserimento dei dati necessari all'individuazione degli Assicurati e al relativo premio, all'emissione delle Appendici riportanti l'elenco degli Assicurati e al pagamento del premio dovuto.

L'Assicurazione si intende valida sempre che l'Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Adesione - che si impegna a trasmettere al più presto alla Società per il tramite della Contraente - e che risulti in regola con il versamento del premio nei termini dovuti.

La copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia versato entro 30 (trenta) giorni dalla data di registrazione, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se l'Assicurato non versa il premio di rinnovo, 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

Limitatamente alle adesioni con decorrenza 31 Agosto 2011, la registrazione nell'apposito sito internet per la gestione delle adesioni potrà avvenire entro 60 (sessanta) giorni a condizione che il relativo premio sia versato entro 30 (trenta) giorni dalla data di registrazione, altrimenti avrà inizio dalle ore 24 del giorno di pagamento.

L'Assicurato in caso di eventuali cambiamenti di qualifica o Azienda Sanitaria di appartenenza avvenuti nel Periodo di Assicurazione dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente alla Società per il tramite della Contraente senza che ciò comporti una variazione di premio.

In occasione dell'eventuale rinnovo annuale l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status in un nuovo Modulo di Adesione e versare il relativo premio.

Nel caso in cui l'Assicurato ricoprisse differenti qualifiche presso più Aziende Sanitarie, l'Assicurato dovrà dichiarare tale situazione nel Modulo di Adesione ed il premio corrisponderà al 75% (settantacinque percento) della sommatoria dei premi relativi a ciascuna qualifica ricoperta.

ARTICOLO 23 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio dovuto dall'Assicurato per ciascuna qualifica dallo Stesso ricoperta è quello risultante dalla tabella sotto indicata.

Nel caso in cui la data della prima adesione alla Polizza da parte dell'Assicurato non coincida con la data di decorrenza della Polizza stessa, la quota parte del premio dovuto è così determinata:

1) per le adesioni avvenute nel periodo 1.09 – 30.11 di ciascun anno: il premio annuo;
2) per le adesioni avvenute nel periodo 1.12 – 28.02 di ciascun anno: il 75% del premio annuo;
3) per le adesioni avvenute nel periodo 1.03 – 31.08 di ciascun anno: il 50% del premio annuo;

Tabella premio annuo comprensivo delle imposte governative:

qualifica dell'Assicurato	premio annuo
Direttore Generale	€ 879,00
Direttore Sanitario e Sociale	€ 879,00
Dirigente Medico, Veterinario e Medico Universitario	€ 479,00
Componente del Comitato Etico	€ 479,00
Dirigente Sanitario non Medico	€ 334,00
Medico convenzionato	€ 334,00
Medico Specialista in formazione	€ 334,00
Personale del Comparto	€ 120,00

ARTICOLO 24 – PRECISAZIONI SULL'OPERATIVITA' DELLA GARANZIA

La presente Polizza opera unicamente per l'attività professionale svolta dall'Assicurato e corrispondente alla qualifica dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri, ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti, alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni coerenti con la qualifica indicata nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

Premesso che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti interventi con l'Azienda Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la Stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;

tutto ciò premesso, l'assicurazione di cui alla presente Polizza non si intende operante in relazione ai i rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

ARTICOLO 25 – FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di residenza o sede del convenuto.

ARTICOLO 26 – RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

_____

ELEZIONE DI DOMICILIO

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, la società AmTrust Europe Limited elegge domicilio presso:

MCM Medmal Claims Management Srl
Sede Legale : Centro Direzionale IS C/2
80143 – Napoli
Tel. O810168501 Fax 0810168502
Partita Iva e/o Codice Fiscale 06530661211