

*Contratto di Assicurazione per la*

Responsabilità Civile Professionale  
per “Colpa Grave”  
dei dipendenti di Aziende Sanitarie



AmTrust Europe  
An AmTrust Financial Company

*Il presente Fascicolo Informativo, contenente:*

- Nota Informativa, comprensiva di Glossario
- Condizioni di Assicurazione

*deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.*

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa**

*Contratto di Assicurazione rilasciato in esclusiva a*



## NOTA INFORMATIVA

### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE PER COLPA GRAVE DEI DIPENDENTI DI AZIENDE SANITARIE

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente le condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere la polizza.

#### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

##### 1. INFORMAZIONI GENERALI

AmTrust Europe Limited - società controllata da AmTrust International Insurance Limited - ha sede legale in Market Square House, St James's Street, Nottingham NG1 6FG United Kingdom.

La Società AmTrust Europe Limited - Reg. n° 1229676 Member of the Associations of British Insurers - autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dalla Financial Services Authority (Regno Unito) con n° di iscrizione 202189, è iscritta dal 03.01.2008 al n° II.00783 dell' "Albo delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro ed ammesse ad operare in Italia in regime libertà di prestazione di servizi", con codice ISVAP impresa n° 10327.

##### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

L'ammontare del patrimonio netto dell'Impresa evidenziato nell'ultimo bilancio approvato è pari a 112 milioni di euro, di cui la parte relativa al capitale sociale è pari a 75 milioni di euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 37 milioni di euro.

L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è pari a 121 % (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

*Si rinvia al sito internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative.*

#### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato per una durata triennale con facoltà di eventuale rinnovo per un altro triennio.

**AVVERTENZA:** è facoltà del Contraente e/o dell'Impresa di rescindere il contratto annualmente previo comunicazione da inviarsi con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia § B e all'articolo 14 delle Condizioni di Assicurazione.*

##### 3. COPERTURE ASSICURATIVE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

L'Impresa assicura i rischi della Responsabilità Civile per danni causati a terzi, commessi nell'esercizio dell'attività professionale del dipendente e sempre che egli sia stato dichiarato responsabile per "colpa grave" con sentenza della Corte dei Conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente, così come previsto dall'Articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** sono previsti casi di **limitazioni** ed **esclusioni** che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

*Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Articoli 1, 5, 6, 7, 8, 9, 11 e 23 delle Condizioni di Assicurazione.*

*E' prevista la **sospensione** della garanzia in caso di mancato pagamento del premio o della rata di premio successivo alla stipulazione del contratto. In tale ipotesi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, così come previsto dall'Articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione.*

**AVVERTENZA:** per i rischi della Responsabilità Civile l'Impresa corrisponde le somme dovute a titolo di risarcimento entro il **massimale** convenuto.

Per massimale si intende la somma massima sino a concorrenza della quale l'Impresa presta l'assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **Esempio**

Qualora sia convenuto in polizza un massimale pari a € 2.000.000,00 per sinistro e annualità, l'Impresa risponde nel limite di € 2.000.000,00, indipendentemente dal fatto che siano pervenute nell'anno due richieste di risarcimento rispettivamente di € 1.700.000,00 e di € 500.000,00 il cui ammontare complessivo sarebbe di € 2.300.000,00.

## **4. DICHIARAZIONI IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – NULLITA'**

**AVVERTENZA:** ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, nel caso di dichiarazioni **inesatte** o le **reticenze** del Contraente rese al momento della stipulazione del contratto relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 24 delle Condizioni di Assicurazione.

## **5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

**AVVERTENZA:** ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1898 del Codice Civile, nel caso di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio che comporti **aggravamento** di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 11 delle Condizioni di Assicurazione.

#### **Esempio**

Qualora il medico abbia una copertura di Responsabilità Civile per attività di medico specialista in formazione e non comunichi nei termini previsti il conseguimento della specializzazione, incorre nella possibilità che eventuali risarcimenti relativi a comportamenti posti in essere successivamente al conseguimento della specializzazione possano essere proporzionalmente ridotti o addirittura non dovuti.

## **6. PREMI**

Il premio convenuto è riferito ad un intero periodo annuo di assicurazione.

Il pagamento del premio o della rata di premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;

## **7. SURROGA**

**AVVERTENZA:** la surroga è un diritto dell'Impresa in base al quale la medesima è surrogata, fino alla concorrenza dell'ammontare dell'indennità che ha pagato, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'Articolo 18 delle Condizioni di Assicurazione.

## **8. DIRITTO DI RECESSO**

**AVVERTENZA:** in caso di sinistro sia l'Impresa sia il Contraente possono recedere dal Contratto in un periodo compreso tra la data di denuncia del sinistro e il sessantesimo giorno della sua liquidazione o reiezione, con preavviso di 90 giorni.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 17 delle Condizioni di Assicurazione.

## **9. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono entro due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso, contro lo stesso, l'azione.

Essendo il contratto in regime di "claims made" ovvero individuato nella Richiesta di risarcimento del terzo danneggiato, le relative garanzie operano per le richieste pervenute all'Assicurato nel periodo di durata del contratto, anche se conseguenti a fatti antecedenti verificatisi nel periodo considerato rilevante secondo le condizioni contrattuali.

Pertanto terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Impresa.

## **10. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO**

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

## **11. REGIME FISCALE**

Per i rischi della Responsabilità Civile, il premio imponibile è soggetto all'Imposta sulle assicurazioni nella misura stabilita dalla legge.

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### **12. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

**AVVERTENZA:** L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Impresa di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Le eventuali spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro sono a carico dell'Impresa entro il limite del 25% del Massimale garantito.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli Articoli 4 e 16 delle Condizioni di Assicurazione.

### **13. RECLAMI**

**AVVERTENZA:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a AmTrust Europe Limited – Market Square House, St James's Street, Nottingham NG1 6FG Tel: +44 (0) 115 941 1022 fax: +44 (0) 115 941 1316 email: [Nottingham@amtrusteurope.co.uk](mailto:Nottingham@amtrusteurope.co.uk).

Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, il reclamante potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "FIN-NET", trasmettendo il proprio reclamo all'I.S.V.A.P., Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax numero: 06 42 133 745/353 e facendo richiesta di applicazione di tale procedura, oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, UK; Tel. +44 (0) 207 964 1000; [complaint.info@financial-ombudsman.org.uk](mailto:complaint.info@financial-ombudsman.org.uk).

Resta salva comunque per il reclamante la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

### **14. ARBITRATO**

La Polizza non prevede il ricorso all'arbitrato, pertanto le Parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento.

---

**AmTrust Europe Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**



Il Rappresentante Legale  
**Jeremy Edward Cadle**

## 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.
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, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"><li>• l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti.</li><li>• la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni mette in mora l'Assicurato o manifesta all'Assicurato di ritenerlo responsabile per colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave con sentenza dell'Autorità competente a pronunciarsi in ordine a tali Danni.</li></ul>
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

## Avviso importante

---

La presente Polizza è prestata nella forma "claims made", come precisato al successivo Articolo 1 - Forma della assicurazione e Retroattività.

La presente Polizza, qualora stipulata per un periodo superiore ad una annualità potrà essere rescissa al termine di ciascun Periodo di Assicurazione così come previsto al successivo Articolo 14 – Durata della Polizza.

## Definizioni

---

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

Contraente	il soggetto che stipula il contratto a favore di terzi.
Assicurato	il personale dipendente, convenzionato e/o specializzando dell'Azienda Sanitaria e che abbia aderito alla presente Polizza per il tramite del Contraente.
Azienda Sanitaria	l'Azienda Sanitaria Locale o Ospedaliera e/o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, presso la o per conto della quale l'Assicurato presta, ha prestato o presterà servizio.
Società	l'impresa di assicurazioni AmTrust Europe Limited.
Corrispondente	Trust Risk Group SpA - via Albricci, 9 - 20122 Milano , 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 assicurativo 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 conseguente a lesioni, morte o danneggiamento a cose, intendendosi per tali anche gli animali, 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 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.
Periodo di Assicurazione	il periodo compreso tra la data di effetto e la data della prima scadenza annuale della Polizza. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità della Polizza medesima. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Sinistro	la Richiesta di risarcimento come di seguito definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"><li>• l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;</li><li>• la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni mette in mora l'Assicurato o manifesta all'Assicurato di ritenerlo responsabile per colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave con sentenza dell'Autorità competente a pronunciarsi in ordine a tali Danni.</li></ul>
Modulo di adesione	il modulo costituente prova dell'adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.

## Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Retroattività

---

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo quando la Richiesta di isarcimento, come in precedenza definita, sia portata a conoscenza dell' Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori o 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 del Periodo di Assicurazione nel quale la Richiesta di risarcimento stessa sia stata portata a conoscenza 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 e alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società presta l'assicurazione fino a concorrenza del Massimale e nella forma "claims made" obbligandosi a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto 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 definitiva pronunciata dalla 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 derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita.

In tale ipotesi la copertura è altresì estesa ai Danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per ciascun Sinistro di un importo pari a € 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

---

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 e/o tecnici e/o consulenti 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, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

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

## Articolo 5 - Persone non considerate terze

---

Non sono considerati 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 6 - Limiti territoriali

---

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, in quanto trovantesi l'Assicurato in tali Paesi su incarico dell'Azienda Sanitaria, ad esclusione degli 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, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

## 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 l'Azienda Sanitaria, 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 e/o specializzando esclusivamente di strutture sanitarie pubbliche.

E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia, anche allargata, esercitata in conformità a quanto previsto dalla legge del 3 agosto 2007, n 120 nonché dalle norme e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

## Articolo 8 - Esclusioni

---

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

- 1) la Richiesta di risarcimento come precedentemente definita, che pervenga in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- 2) le Richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di adesione alla Polizza;
- 3) le Richieste di Risarcimento connesse a segnalazioni dell'Azienda Sanitaria inviate all'Assicurato in ordine ad eventuali sinistri o connesse a inchieste giudiziarie promosse contro l'Assicurato, antecedenti la data di adesione alla Polizza ;
- 4) le Richieste di risarcimento connesse ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di retroattività stabilita in Polizza.

Sono parimenti esclusi i Danni:

- a) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- b) conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi 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;
- c) derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- d) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- e) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali;
- f) alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- g) da furto o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- h) 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;
- i) 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 svolte dall'Azienda Sanitaria;
- j) le perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria che abbia causato un Danno.

## Articolo 9 - Responsabilità solidale

---

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

## Articolo 10 - Cessazione dell'attività professionale - Ultrattività

---

Se durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (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 garantita dalla presente Polizza per un ulteriore anno dalla data di cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato.

Resta peraltro convenuto che, entro 30 (trenta) giorni successivi alla data di cessazione dell'attività professionale, con le medesime modalità di adesione alla Polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo pari ad una annualità del premio corrispondente all'ultima mansione svolta, è riservata all'Assicurato, o in caso di decesso ai suoi eredi, la facoltà di acquisire l'estensione della garanzia assicurativa per la durata di ulteriori due anni in aggiunta al sopra convenuto primo 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 non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la data del Sinistro.

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 all'intero periodo di ultrattività convenuto (annuale o triennale), qualunque sia il



numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate, è pari all'importo indicato all'Articolo 2 – Massimale e ciò a parziale deroga di quanto indicato nell'articolo stesso.

## Articolo 11 - Variazioni del rischio

---

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione del rischio - art. 1897 Codice Civile - o un aggravamento del rischio - art. 1898 Codice Civile - 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 né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere alla tempestiva comunicazione alla Società e, con effetto dalla prima scadenza utile, all'aggiornamento dell'eventuale maggior premio assicurativo dovuto (art.1898 Codice Civile.).

Nel caso in cui le nuove mansioni non siano riconducibili a una qualifica assicurabile, l'assicurazione non sarà operante per dette nuove mansioni, ma l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza anniversaria per eventuali Danni conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento delle precedenti mansioni assicurate.

## 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 30 (trenta) 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 il Contraente 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 del Periodo di Assicurazione 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 della Polizza

---

Ferma la durata indicata in Polizza, è data facoltà alle Parti di rescindere annualmente la Polizza stessa previa comunicazione di recesso da inviarsi a mezzo raccomandata A/R entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza annuale.

## Articolo 15 - Coesistenza di altre assicurazioni

---

Ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile 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.

## Articolo 16 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

---

Ferma restando le definizioni 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) la Richiesta di risarcimento in via di rivalsa da parte dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
- b) la Richiesta di risarcimento in via di surrogazione da parte della Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
- c) l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti.

Pertanto:

- I. la sola segnalazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali danni;
- II. l'inchiesta giudiziaria (civile o penale) promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'Oggetto dell'assicurazione,

non sono ascrivibili a Sinistro e pertanto non devono essere denunciate alla Società.

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 atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

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 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro

---

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 dalla Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

In caso di recesso il Contraente si impegna a non fare sottoscrivere al personale dipendente ulteriori Moduli di Adesione che abbiano decorrenza successiva alla data di effetto del recesso.

E' peraltro convenuto che la durata della copertura nei confronti di ciascun Assicurato, relativamente alle coperture decorse prima della data di recesso, è garantita sino alla prima scadenza anniversaria relativa al Periodo di Assicurazione per il quale è stato pagato il relativo premio, senza possibilità di rinnovo.

E' altresì convenuto che in caso di denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto il Contraente/Assicurato che la Società possono far cessare la copertura assicurativa relativa alla singola adesione colpita dal Sinistro con preavviso scritto di 90 (novanta).

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

## 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.

## Articolo 19 - Forma delle comunicazioni – Variazione della Polizza

---

Ogni comunicazione relativa alla Polizza deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di Polizza deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dalla Società.

## Articolo 20 - Gestione della Polizza

---

Con la sottoscrizione della presente Polizza il Contraente, anche per conto degli Assicurati, conferisce al Broker il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

1. ogni comunicazione fatta al Broker dalla Società sarà considerata come fatta al Contraente;
2. ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente.

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 "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:

3. ogni comunicazione fatta al Corrispondente sarà considerata come fatta alla Società;
4. ogni comunicazione fatta dal Corrispondente sarà considerata come fatta dalla Società.

Per la trattazione e definizione dei sinistri la Società designa, in nome e per conto della stessa, la società AmTrust Claims Management S.R.L., con sede in Centro Direzionale Isola C/2 – 80143 Napoli, per il tramite degli uffici di Via A. Albricci 9 – 20122 Milano – tel. +39 0236596710 fax +39 0236596719 – [mcmmedmal@pec.it](mailto:mcmmedmal@pec.it).

## Articolo 21 - Modalità di disciplina delle adesioni alla Polizza

---

Per l'adesione alla presente Polizza il Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati una idonea procedura attraverso la quale il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione contenenti altresì l'Informativa per la protezione dei dati personali.

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

La copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione (mese di adesione), a condizione che il relativo premio sia versato entro l'ultimo giorno del mese stesso, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno di pagamento.

La copertura assicurativa, su esplicita richiesta dell'Assicurato, potrà decorrere dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese precedente a quello di adesione, ma avrà effetto in ogni caso dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se l'Assicurato non versa il premio dovuto per il nuovo Periodo di Assicurazione, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza del precedente periodo e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Limitatamente alle adesioni avvenute nel mese successivo a quello di decorrenza della presente Polizza, la copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 24 del giorno di effetto della Polizza stessa a condizione che il Modulo di Adesione ed il relativo premio siano stati rispettivamente sottoscritto e versato entro l'ultimo giorno del mese successivo a quello di decorrenza della Polizza, altrimenti avrà inizio dalle ore 24 del giorno di pagamento.

## Articolo 22 - Determinazione del premio

---

Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa dell'attività professionale svolta dall'Assicurato, coerentemente con la qualifica ricoperta dall'Assicurato stesso, è quello risultante dalla tabella prevista in Polizza.

Qualora in uno o in più anni dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Articolo 1 - Forma dell'Assicurazione e Retroattività) l'attività svolta dall'Assicurato fosse stata ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato.

## Articolo 23 - Precisazioni sull'operatività della garanzia

---

La presente Polizza opera unicamente per le professioni e le specializzazioni, svolte dall'Assicurato alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale, 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 e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

Inoltre, premesso che in forza del CCNL di lavoro vigente o in applicazione di accordi convenuti con l'Azienda Sanitaria presso la quale è svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa Azienda Sanitaria 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;

ciò premesso l'assicurazione di cui alla presente Polizza non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di Polizza specificatamente 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 24 - 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 (artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

## Articolo 25 - Foro competente

---

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

## Articolo 26 - Rinvio alle norme di legge

---

Per l'interpretazione della presente Polizza e per tutto quanto non espressamente previsto o regolato dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti, valgono le norme di legge.

## Scheda di Polizza

# Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave dei dipendenti di Aziende Sanitarie

POLIZZA N°	POLIZZA SOSTITUITA N°	RAMO	PRODOTTO Colpa Grave Ad.	INTERMEDIARIO	COD.
------------	-----------------------	------	-----------------------------	---------------	------

### Contraente

	ATTIVITÀ	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.
VIA NUMERO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.

### Data di effetto e scadenza della Polizza

EFFETTO DALLE ORE 24 DEL	SCADENZA ALLE ORE 24 DEL	PROSSIMA QUIETANZA
--------------------------	--------------------------	--------------------

### Frazionamento Regolazione

PERIODICITÀ	PERIODICITÀ
-------------	-------------

### Premio alla firma

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE PREMIO
--------------	-----------	-------------------	---------	---------------

### Premio rate future

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	TOTALE PREMIO
--------------	-----------	-------------------	---------	---------------

### Modelli allegati

Mod. CGA 04.2012 P			
--------------------	--	--	--

## Dichiarazioni del Contraente

L'assicurazione è regolata dalle condizioni contenute negli allegati modelli sopra richiamati, che formano parte integrante del presente contratto e che il Contraente dichiara di conoscere, accettare e aver ricevuto.

Il presente contratto si compone di n° 12 pagine.

la Società **AmTrust Europe Limited** il Contraente \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa sul trattamento dei dati personali.

il Contraente \_\_\_\_\_

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni del Contratto:  
§ III. Modulo di Adesione; § V. Durata del Contratto; § VII. Clausola Privacy
- di aver preso atto che questa è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:  
Articolo 1 - Forma dell'assicurazione ("claims made") e Retroattività; Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione; Articolo 4 - Gestione delle vertenze e spese legali; Articolo 8 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione "claims made"); Articolo 17 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro; Articolo 20 - Gestione della Polizza; Articolo 23 - Precisazioni sulla operatività della garanzia; Articolo 24 - Reticenze e dichiarazioni inesatte.

il Contraente \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa sul trattamento dei dati personali ex. Art. 13 D. Lgs. 163/2003 (§ VI. Delle Condizioni del Contratto) e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa.

il Contraente \_\_\_\_\_

Emesso in triplice copia in il

L'importo di € \_\_\_\_\_ è stato pagato oggi \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

L'incaricato \_\_\_\_\_