

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ITDO000026 - POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE S.I.S.O. ETS

PREMESSA

Le condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente.

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

Resta inteso che:

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

Nel garantire la copertura assicurativa l'Assicuratore si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal Contraente. Tali dichiarazioni e informazioni costituiscono un presupposto della copertura stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 C.C.

Art. 1 ATTIVITA' PROFESSIONALE DELL'ASSICURATO

L'Assicurato oggetto della presente copertura:

- 1.1 **esercita l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti ed è regolarmente iscritto alla S.I.S.O. ETS;**
- 1.2 **esercita la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico in qualità specializzando dell'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale;**
- 1.2 **prende atto che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenzioni intervenuti con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa Azienda del Servizio Sanitario Nazionale è obbligata a garantire un'adeguata copertura della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;**
- 1.3 **prende atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda del Servizio Sanitario Nazionale di appartenenza con la stipula di polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali e aziendali.**

Art. 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Art. 2bis AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nel frontespizio di polizza.

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

Art. 3 DEFINIZIONI

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

Contraente	S.I.S.O. ETS che stipula la presente polizza in nome e per conto degli Assicurati.
Assicurato	la persona fisica regolarmente iscritta alla Contraente e che svolge l'attività professionale in qualità specializzando, specializzando assunto pro tempore secondo il disposto "Decreto Calabria" o ai sensi del D.L. n.18/2020 e ss.mm.ii.
Azienda del Servizio Sanitario Nazionale o Azienda Sanitaria / Ente di Appartenenza	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale presso cui l'Assicurato eserciti la propria attività professionale.
Assicuratore	AIG EUROPE S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia
Broker	Marsh S.p.A.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	la somma massima che l'Assicuratore sarà tenuto a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	il periodo compreso tra le date di inizio e di termine stabilite nel frontespizio di polizza, ovvero in presenza di rinnovi senza soluzione di continuità, il periodo compreso tra la data di prima attivazione e la data di termine indicata nell'appendice di rinnovo
Periodo di Efficacia	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nel frontespizio di polizza, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- l'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per Colpa Grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo.

Sinistro

la Richiesta di Risarcimento sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Fatti noti

1. l'aver riportato una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni;
2. l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda Sanitaria di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.
3. l'avviso di garanzia e la Richiesta di Risarcimento danni rivolta direttamente all'Assicurato

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

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", e copre le Richieste di Risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno, al mese e all'anno indicato nel frontespizio di polizza.

Per i nuovi iscritti alla S.I.S.O. ETS successivamente alla data di decorrenza della polizza, la copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 00:00 del giorno successivo al versamento della quota di iscrizione alla S.I.S.O. ETS

Art. 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di cui al presente contratto di assicurazione, l'Assicuratore, fino a concorrenza del Massimale come definito all'art. 3 e riportato nel frontespizio di polizza, presta l'assicurazione nella forma "claims made" come stabilito all'art. 4 precedente, e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

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

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni di specializzando demandate all'Assicurato nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico nazionale alle dipendenze dell'Azienda Sanitaria indicata nel frontespizio di polizza, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale dell'Assicurato per Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

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

Art. 6 PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, come definita nella presente polizza e ferme le esclusioni che seguono, viene prestata con riferimento alle attività svolte dall'Assicurato (compresa l'attività di specializzando svolta entro il periodo di retroattività previsto in polizza) ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Art. 7 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

L'Assicuratore risponde inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel frontespizio di polizza ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro, così come previsto all'art. 1917 del Codice Civile.

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

Art. 8 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

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

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

Art. 9 LIMITI TERRITORIALI

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

Art. 10 ESCLUSIONI

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

- a. **i Sinistri che siano denunciati all'Assicuratore in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;**
- b. **le Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;**
- c. **i Sinistri denunciati ai precedenti assicuratori;**
- d. **le Richieste di Risarcimento connesse a fatti che fossero già noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano Fatti Noti: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'essere a conoscenza di**

eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda Sanitaria di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato, l'avviso di garanzia e la Richiesta di Risarcimento danni rivolta direttamente all'Assicurato.

- e. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel frontespizio di polizza;

10.2 Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

10.2.1 riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale Pubblico. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici;

10.2.2 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

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

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

10.2.5 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o Richieste di Risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 9;

10.2.6 per Danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici;

10.2.7 per Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;

10.2.8 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

10.2.9 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

10.2.10 relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);

10.2.11 relative a Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;

10.2.12 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

10.2.13 riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

- 10.2.14** conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- 10.2.15** che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- 10.2.16** che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;
- 10.2.17** La Società non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna Richiesta di Risarcimento o a pagare alcunché in virtù del presente contratto qualora essa, la sua capogruppo o la sua controllante, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti del Regno Unito, del Granducato di Lussemburgo, dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America.
- 10.2.18** derivanti da rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.19** Riconducibili a Perdite Patrimoniali
- 10.2.20** derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona;
- 10.2.21** avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.
- 10.2.22** Le parti convengono che la presente Polizza sia modificata come segue:
Indipendentemente da qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente Polizza, o in qualsiasi appendice o estensione aggiunta alla presente Polizza, non vi sarà alcuna copertura garantita dalla Polizza per qualsiasi:
- entità organizzata o costituita ai sensi della legge di un'Area Specifica, o con sede in un'Area Specifica; o
 - pretesa, azione, causa o procedimento per la parte in cui siano introdotti, promossi o proseguiti in un'Area Specifica, ad eccezione degli importi sostenuti al di fuori di un'Area Specifica da una persona fisica al di fuori di un'Area Specifica per difendersi da una pretesa, azione, causa o procedimento introdotti, promossi o perseguiti in un'Area Specifica, ma esclusivamente nella misura in cui tali importi siano coperti da qualche garanzia prevista dalla presente Polizza; tuttavia, con riferimento al pagamento di qualsiasi dei predetti importi, l'Assicuratore non avrà alcun dovere di difesa o di indagine in relazione alla pretesa, azione, causa o procedimento.
- Ai fini della presente esclusione, per "Area Specifica" si intende:
- 1) la Repubblica di Bielorussia e/o
 - 2) la Federazione Russa (come riconosciuta dalle Nazioni Unite) o i suoi territori, comprese le acque territoriali o i protettorati in cui ha il controllo legale (per controllo legale si intende quello riconosciuto dalle Nazioni Unite).
- Laddove vi fosse un conflitto tra i termini di questa esclusione e la Polizza, prevarrà il contenuto della presente esclusione, salva in ogni caso l'applicazione di qualsiasi clausola Sanzioni.
- Se una qualsiasi disposizione di questa esclusione è, o in qualsiasi momento diventa, in qualsiasi misura, non valida, illegale o inapplicabile ai sensi di qualsiasi provvedimento o

norma di legge, tale disposizione sarà, in tale misura, considerata non far parte di questa esclusione, ma la validità, legalità e applicabilità del resto di questa appendice non saranno influenzate.

Tutti gli altri termini, condizioni ed esclusioni rimangono invariati

Art. 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

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

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

Nel caso di morte dell'Assicurato, l'assicurazione è altresì operante a titolo gratuito per i Sinistri denunciati all'Assicuratore nei 10 anni successivi alla scadenza della presente polizza, purché afferenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo in cui l'Assicurato risulta essere stato in copertura senza soluzione di continuità. Per i Sinistri denunciati all'Assicuratore durante tale periodo di garanzia postuma, il limite di Indennizzo in aggregato, indipendentemente dal numero dei Sinistri stessi, non potrà superare il Massimale indicato in polizza. Tale estensione ultrattiva si intende estesa agli eredi e non è assoggettabile al recesso.

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

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'art. 19 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Art. 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

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

Art. 14 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE (Omissis)

Art. 15 ONERI FISCALI

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

Art. 16 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA

La presente polizza è stipulata per la durata di 1 anno dalle ore 00:00 del 01/03/2024 con scadenza alle ore 00:00 del 01/03/2025 di ogni anno.

In mancanza di disdetta mendiate lettera raccomandata A/R o PEC, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza di cui sopra, essa dovrà intendersi prorogata per un ulteriore anno e così di seguito.

Art. 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI - SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre coperture assicurative, da chiunque contratte, a coprire responsabilità dell'Assicurato e/o danni o perdite cagionati dall'Assicurato, analoghe rispetto a quelle garantite dalla presente Polizza, questa assicurazione opererà come da articolo 1910 del C.C.

Nel caso l'Assicurato dovesse acquistare, per lo stesso rischio, più coperture con AIG Europe S.A., la massima esposizione per l'Assicuratore sarà quella relativa alla Polizza con il Massimale più elevato. L'Assicuratore pertanto non considererà il cumulo di Massimali delle Polizze.

L'obbligo di comunicare all'Assicuratore la coesistenza di altre coperture assicurative sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare per l'Assicurato la perdita del diritto all'indennità.

Art. 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

- a. Formale messa in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o dell'Assicuratore dell'Azienda Sanitaria di appartenenza per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- b. Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

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

L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Assicuratore di ciascun Sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta ad AIG Europe S.A. L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di Sinistro può comportare la perdita del diritto all'indennità ovvero la riduzione dell'indennizzo liquidabile secondo quanto previsto all'art. 1915 c.c.

La denuncia di Sinistro deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per l'Assicuratore e dev'essere corredata da un documento che confermi la regolarità dell'iscrizione alla S.I.S.O. ETS alla data della ricezione della richiesta di risarcimento danni.

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'art. 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni. Senza il previo consenso scritto dell'Assicuratore, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

18.2 **E' facoltà dell'Assicurato presentare all'Assicuratore durante il Periodo di Assicurazione la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite.**

Tale comunicazione sarà considerata Sinistro qualora dovesse dar luogo ad una successiva Richiesta di Risarcimento (anche se in data successiva alla scadenza della polizza) ai sensi di Polizza e la data della comunicazione varrà come data del Sinistro.

Art. 19 FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

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

Art. 20 SURROGAZIONE

L'Assicuratore è surrogato, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. **A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.** Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche nazionali, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, **a meno che essi non abbiano agito con dolo.**

Art. 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e AIG Europe S.A.

Art. 22 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione del presente contratto di Assicurazione l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazioni indicato nel frontespizio di polizza il mandato a rappresentarlo ai fini del contratto di Assicurazione stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 18 e di recesso in caso di sinistro, regolamentate dall'art.19 che restano invariati e confermati.

L'Assicuratore accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite il broker.

Art. 23 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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

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

Art. 24 Estensione di copertura

A parziale deroga all'Art 10.2.19 che esclude dall'assicurazione le richieste di risarcimento riconducibili a Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione comprende le Richieste di Risarcimento riconducibili a 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 oggetto di copertura.

Ferma l'esclusione quando abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale; Componenti comitato etico; Dirigente Professionale, tecnico e amministrativo; Dirigente di II livello o di Primario/Direttore di Struttura Complessa; Responsabile di Struttura Semplice.

Art. 25 PERIODO DI OSSERVAZIONE

Nel caso in cui alla scadenza dell'assicurazione l'Assicuratore o il Contraente dovessero decidere di non rinnovare la polizza, il Contraente/Assicurato avrà diritto ad un periodo di osservazione gratuito di 45 (quarantacinque) giorni.

Per periodo di osservazione si intende il periodo di tempo durante il quale l'Assicurato potrà dare comunicazione all'Assicuratore di qualsiasi Sinistro ricevuto per la prima volta durante tale periodo conseguente a comportamenti posti in essere in data successiva alla data di retroattività e anteriormente alla data di scadenza della Polizza.

L'Assicurato non avrà diritto al periodo di osservazione qualora (a) il pagamento del premio totale della presente Polizza non sia stato effettuato; o (b) la presente Polizza o la copertura assicurativa da essa prestata sia stata sostituita con altra Polizza che copra totalmente o parzialmente i medesimi rischi, anche se stipulata con altro assicuratore.

Art. 26 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Il Contraente di obbliga a consegnare agli Assicurati nelle persone degli aderenti S.I.S.O. ETS l'estratto conto delle condizioni di polizza fornite da AIG Europe SA.

Si conviene altresì che il Contraente si farà carico di eventuali sanzioni o disposizioni a carico dell'Impresa erogate dall'IVASS a seguito della mancata osservanza del presente obbligo.

AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia

