

**ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA
CONVENZIONE N.° 777195027**

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne gli assicurati da quanto dagli stessi dovuto quali civilmente responsabili ai sensi di legge esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a loro Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto o in parte responsabile con sentenza passata in giudicato, che abbiano causato a terzi la morte, lesioni personali, ovvero danni materiali a beni tangibili, nello svolgimento dell'attività Istituzionale/professionale e derivanti:

- dall'azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazioni ai sensi delle Condizioni di Assicurazione della polizza Aziendale;
- dall'azione di rivalsa esperita direttamente dall'Azienda di appartenenza e/o dalla Pubblica Amministrazione in genere nei casi previsti dalla legge limitatamente ai sinistri dalla stessa pagati.

Art. A. ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale per i danni:

- A1. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.) salvo che per l'attività diagnostica e terapeutica oggetto dell'assicurazione;
- A2. che insorgono in occasione di guerra, invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

Limitatamente alle figure del Direttore Generale, Direttore Amministrativo e dei Dirigenti non sanitari, s'intendono inoltre esclusi i danni patrimoniali (v. definizioni) conseguenti ad attività di natura amministrativa.

Art. B. LIMITI DI INDENNIZZO

L'assicurazione vale per i risarcimenti (capitale, interessi e spese) fino a concorrenza massima complessiva dei massimali indicati al Punto 5 della Scheda di Copertura, in aggiunta alle spese di difesa di cui all'articolo 8 che ne regola la garanzia.

L'Assicurazione vale esclusivamente per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale di un Assicurato con altri soggetti (assicurati o non assicurati), gli Assicuratori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Art. C. COMANDO PRESSO STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA DIVERSA

Nel caso di comando temporaneo dell'Assicurato presso una Struttura Sanitaria Pubblica diversa da quella dalla quale l'Assicurato stesso dipende al momento dell'adesione alla presente Convenzione, l'Assicurazione s'intende automaticamente estesa e operante.

Art. D. ACQUISIZIONE E/O VARIAZIONE DI NUOVA SPECIALIZZAZIONE E/O ACQUISIZIONE DI NUOVA QUALIFICA

L'assicurazione opera anche nei seguenti casi:

- variazione della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza;
- variazione/ acquisizione di nuova specializzazione presso la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o presso altra Struttura Sanitaria Pubblica;
- variazione della Qualifica dell'Assicurato.

In tali casi l'eventuale adeguamento del premio sarà dovuto con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al mutamento dell'attività.

L'Assicurato dovrà informare gli Assicuratori delle eventuali variazioni/acquisizioni mediante comunicazione scritta.



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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 all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2. DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

- Il contratto è stipulato per la durata di anni 5 (cinque) e termina senza alcun obbligo di disdetta per ambo le parti a decorrere dalle ore 24 del giorno di scadenza del periodo di assicurazione indicato al punto 4 della Scheda di copertura.
- La Parte Contraente ha facoltà di dare disdetta al presente contratto ad ogni scadenza del periodo di assicurazione annuale, con preavviso non inferiore a 60 giorni.
- **Gli Assicurati hanno facoltà di dare disdetta ad ogni scadenza annuale del proprio certificato di adesione, con preavviso non inferiore a 60 giorni antecedenti alla scadenza,**
- Nel caso la Parte Contraente esercitasse il diritto di disdetta prima della scadenza contrattuale quinquennale, ogni certificato di adesione perderà efficacia dalla propria prima scadenza annuale successiva alla data di disdetta della presente polizza, senza alcun obbligo di disdetta.
- Nel caso in cui il contratto, alla scadenza quinquennale non venisse rinnovato, i certificati di adesione ancora in vigore perderanno efficacia dalla propria prima scadenza annuale successiva alla data di scadenza della presente polizza, senza alcun obbligo di disdetta.
- Gli Assicuratori sono obbligati a mantenere fermo il contratto, senza variazioni di premio e condizioni, per la durata di cinque anni.

Art. 3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 5. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio gli Assicuratori sono tenuti a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6. ALTRE ASSICURAZIONI

Solo in caso di sinistro l'Assicurato deve comunicare per iscritto agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile e deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i Massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di copertura.

Art. 7. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia Horus Consulenti Associati oppure agli Assicuratori entro trenta giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 c.c.).

Art. 8. GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO

Nei casi di operatività della polizza, la Società assume la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che amministrativo, che penale, nell'interesse dell'Assicurato, designando propri legali e tecnici ed esercitando tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

I costi inerenti ai legali e ai tecnici nominati dalla Società restano interamente a carico della medesima anche oltre il massimale previsto in polizza, senza limite di importo.

Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di un legale e di un tecnico di sua fiducia nonché in ipotesi di potenziale insorgenza di conflitti di interesse, dovrà indicarlo alla Società. La Società riconoscerà all'Assicurato le spese legali e peritali da questi sostenute per resistere alle azioni promosse nei suoi confronti, nel limite delle prestazioni professionali effettivamente espletate e documentate, quantificate secondo i minimi previsti dalle tariffe professionali tempo per tempo vigenti, con liquidazione entro il 31/12 di ciascun anno delle prestazioni svolte nell'esercizio, con applicazione di una franchigia di euro 516 per sinistro.

Sono esclusi dalla garanzia il pagamento di multe, ammende, sanzioni in genere e oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere ecc.).

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e l'Impresa sulla gestione del sinistro, le parti possono adire all'autorità giudiziaria o demandare la decisione sul comportamento da tenere ad un arbitro che provvede secondo equità.

Art. 9. ONERI FISCALI

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

Art. 10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.



Art. 11. INIZIO E LIMITI ALL'OGGETTO DELLA GARANZIA. RETROATTIVITÀ TEMPORALE.

L'Assicurazione vale solo per le richieste di risarcimento pervenute alla Società dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto e conseguenti anche a comportamenti gravemente colposi posti in essere prima della data di effetto della presente polizza.

Tuttavia, per i fatti e/o comportamenti anteriori alla stipula della presente Polizza, l'assicurazione viene contratta limitatamente ed esclusivamente per le responsabilità in relazione alle quali l'Assicurato non abbia ricevuto alla data di stipula alcuna Richiesta di Risarcimento (v. definizione). In tal senso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1892 c.c., l'Assicurato dichiara di non aver ricevuto alcuna Richiesta di Risarcimento (v. definizione) in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della stipulazione del contratto e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far sorgere un obbligo di risarcimento a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione ora resa può comportare la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Art. 12. GESTIONE DELLE CONVENZIONE

La Horus Consulenti Associati, in qualità di Agente mandatario di Assicuratrice Milanese S.p.A., è incaricata della gestione ed esecuzione della presente Convenzione.

CONDIZIONI PARTICOLARI/AGGIUNTIVE

GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA

L'Assicurazione copre tutti gli errori dipendenti da colpa grave commessi e i sinistri avvenuti nel periodo di validità del contratto, in qualsiasi momento contestati, senza limite di tempo. La garanzia si estende automaticamente a favore degli eredi per il caso di morte dell'Assicurato in pendenza del contratto di assicurazione senza alcun onere o costo aggiuntivo, **con la sola esclusione dei casi di eutanasia o suicidio.**

SPECIALIZZANDO

Premesso che la polizza può essere stipulata dal Medico dipendente pubblico o dal Medico Specializzando, la presente clausola può essere acquistata solamente dal Medico Specializzando. In tal caso, l'Assicurato dichiara di effettuare un corso di specializzazione di tipologia e durata conforme alle leggi in materia, si conviene che l'assicurazione vale esclusivamente per l'attività professionale svolta ai sensi dell'Art. 37 D.Lgs. 368/99 e successive modifiche, con una graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolati alle direttive ricevute, come sancito dal d.lgs. 368/1999. **Resta pertanto esclusa qualsiasi attività professionale non espressamente prevista dalla suddetta normativa. Dalla garanzia è esclusa qualsiasi forma di attività libero professionale, qualunque attività svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, e sono pure esclusi i casi di instaurazione di rapporto di lavoro presso una Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019.**

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per aderire alla presente Convenzione ogni Assicurando dovrà compilare e sottoscrivere l'apposito Modulo d'Adesione (Allegato n. 1) ed inviarlo a mezzo fax o consegnarlo ad HORUS che provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire l'elenco delle adesioni ricevute.

La decorrenza della copertura assicurativa riferita al singolo Assicurato assume efficacia come segue:

- A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della presente Polizza e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della presente Polizza.
Resta convenuto fra le Parti che si intenderanno comunque esclusi dalla copertura assicurativa i Sinistri dei quali l'Assicurato sia già a conoscenza e/o per i quali abbia già ricevuto notifica, prima della data di adesione alla presente garanzia.
Per quanto riguarda la retroattività della garanzia saranno validi i termini previsti dall'Art. 11;
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della presente Polizza e abbiano provveduto al pagamento del premio, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione ed avrà durata di un anno a partire da tale data.
Resta convenuto fra le Parti che si intenderanno comunque esclusi dalla copertura assicurativa i sinistri dei quali l'Assicurato sia già a conoscenza e/o per i quali abbia già ricevuto notifica, prima della data di decorrenza della garanzia come sopra stabilita.
Per quanto riguarda la retroattività della garanzia saranno validi i termini previsti dall'art. 11.

L'Agenzia HORUS, provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio così come previsto ai punti A. e B. del presente articolo ed a quanto previsto dall'articolo "Modalità di pagamento del premio" sottostante.

Ad ogni scadenza annuale, inoltre, viene data la facoltà di aderire alla Convenzione a tutti i dipendenti che non l'abbiamo fatto in precedenza e/o ai neoassunti, sempre nel rispetto delle modalità sopra stabilite.

Per coloro che abbiano aderito alla Convenzione fin dal primo anno e non abbiano dato disdetta nei 60 giorni antecedenti la scadenza annuale, la copertura s'intenderà automaticamente rinnovata senza che l'Assicurato debba sottoscrivere un nuovo Modulo di Adesione.



L'Agenzia HORUS provvederà ad inoltrare agli Assicuratori, mensilmente, appendice di incasso, contenente elenco dei certificati emessi ed incassati corredato dei seguenti dati identificativi:

- n.° del certificato;
- modalità di pagamento;
- premio lordo incassato;
- nonché copia dei certificati di assicurazione emessi ed incassati contenuti nell'elenco stesso.

L'Agenzia HORUS provvederà pertanto altresì alla regolarizzazione contabile attraverso il versamento della somma dei premi derivanti dall'elenco contenuto nell'appendice di cui sopra, al netto delle proprie competenze, a favore degli Assicuratori.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte di ciascun Assicurato dovrà avvenire, per i casi di cui ai punti A. e B. dell'articolo "DISCIPLINA DELLE ADESIONI", in unica soluzione.

Il pagamento del premio deve intendersi a favore HORUS in qualità di Agenzia mandataria dell'Impresa assicuratrice.

CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AGLI ASSICURATI

Conformemente a quanto stabilito dal regolamento IVASS N.41 del 2 agosto 2018 il Contraente è obbligato a consegnare il "SET INFORMATIVO", prima dell'adesione, all'Assicurato.

CONDIZIONI FACOLTATIVE (acquistabili con il versamento del relativo premio aggiuntivo)

A) CONDANNA IN SOLIDO CON LA STRUTTURA – RIVALSA IN SEDE CIVILE E CONDANNA AL PAGAMENTO DELLA PROVVISORIALE

L'assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente corresponsabile, unitamente alla Struttura pubblica e/o alla sua Impresa di assicurazione in conseguenza di **danni per i quali sia stato riconosciuto corresponsabile con provvedimento giudiziario da parte dell'Autorità Giudiziaria civile competente, che condanni in solido l'Assicurato e la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di assicurazione.**

La garanzia è operante per i soli danni per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato corresponsabile in solido con la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di assicurazione ed esclusivamente nel caso in cui, a fronte di tale provvedimento, la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Assicurato.

L'assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile esclusivamente nei casi di azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura pubblica e nei casi di azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'Assicurato giudizialmente dall'Impresa di assicurazioni della Struttura pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La garanzia è operante per i soli danni per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato pronunciato dall'Autorità Giudiziaria civile in accoglimento della domanda giudiziale di rivalsa anticipata svolta nei suoi confronti dalla Struttura pubblica e/o dalla sua Impresa di assicurazione.

L'assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi in conseguenza **di danni per i quali sia stato penalmente condannato al pagamento di una provvisoriale.**

La garanzia è operante unicamente nel caso in cui, a fronte di tale sentenza, la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Assicurato.

La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di 500.000 euro e con l'acquisto della stessa l'Assicurato dichiara di cedere alla Società tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura pubblica e/o della sua Impresa di assicurazione per il recupero delle somme versate

B) DIRIGENTE/CAPO DIPARTIMENTO /DIRETTORE SANITARIO

Sono compresi in garanzia i danni patrimoniali derivanti dall'attività di Dirigente responsabile di struttura complessa (ex Primario) o semplice e di Capo Dipartimento, Direttore Sanitario o di analoga funzione organizzativa, e cagionati a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento. L'assicurazione comprende i danni conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina; nonché i danni che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.

La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di Euro 200.000,00 per sinistro e per anno.

C) ULTERIORI INCARICHI

L'Assicurazione comprende la responsabilità derivante all'Assicurato in conseguenza di danni patrimoniali cagionati a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi conseguenti:

- ad incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;
- all'attività di certificazione svolta nell'ambito dell'attività medica dichiarata;



- ad incarichi nel procedimento di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010, in riferimento alle controversie aventi ad oggetto materie di competenza dell'Assicurato.

La presente condizione facoltativa tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile in conseguenza di danni patrimoniali causati a terzi **esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra elencate** nel caso di responsabilità civile verso terzi per fatto, errore od omissione e di azione di rivalsa esperita dalla Struttura nonché di Surrogazione della sua Impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge; nonché eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di Euro 200.000,00 per sinistro e per anno.

D) PRESTAZIONI OCCASIONALI

L'assicurazione comprende le attività svolte dal Medico dipendente pubblico titolare di rapporto di lavoro non esclusivo con la Struttura, **in forma occasionale e non continuativa senza finalità di lucro e/o di natura estetica**, per la cura di patologie croniche non acute.

Sono comprese a titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) agopuntura;
- b) consulenza presso enti pubblici e privati (es. case di cura private, istituti termali, centri benessere);
- c) attività di accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
- d) rilascio di certificati medici sportivi non agonistici;
- e) attività di docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
- f) esame ecografico (escluse ecografie in ambito ostetrico/ginecologico);
- g) assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
- h) prelievi ematici;
- i) sostituzioni del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta;
- j) colloqui psicoterapeutici;
- k) somministrazione di vaccini;
- l) servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- m) servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica).

La presente condizione facoltativa tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile in conseguenza di danni patrimoniali causati a terzi **esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra elencate** nel caso di responsabilità civile verso terzi per fatto, errore od omissione e di azione di rivalsa esperita dalla Struttura nonché di Surrogazione della sua Impresa di assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge; nonché eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno.

H) SPECIALIZZANDO COMPRESA ATTIVITÀ COMPATIBILE

(Acquistabile solo in combinazione con la categoria di rischio Specializzando)

L'assicurazione dello Specializzando comprende anche l'attività libero professionale compatibile: le attività di guardia medica notturna, festiva e turistica e per la sostituzione dei medici di base, se tali attività sono svolte nei termini e nei modi previsti dalla legge e dai regolamenti regionali.

La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno.