

CAPITOLATO SPECIALE DESCRITTIVO E PRESTAZIONALE

**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA AVENTE AD OGGETTO LA GARANZIA
DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE PER CONTO DEL PERSONALE
APPARTENENTE ALLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE CON IL CRITERIO
DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA SULLA BASE DEL
MIGLIOR RAPPORTO QUALITÀ/PREZZO**

CIG 7617738443

Definizioni di Polizza

Ai termini ed espressioni seguenti, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato La persona fisica indicata nel **Certificato di Assicurazione**, regolarmente iscritto all'Albo professionale che svolge l'attività di infermiere o infermiere pediatrico e che abbia aderito alla presente **Polizza** per il tramite della piattaforma informatica dedicata.

Attività Professionale: l'attività infermieristica come riportato nel **Certificato di Assicurazione**

Azienda Sanitaria o Sociosanitaria: l'Azienda Sanitaria o Sociosanitaria Locale o la Struttura Sanitaria presso la o per conto della quale l'Assicurato presta, ha prestato o presterà servizio.

Certificato di Assicurazione: il documento emesso dalla **Società** che va a formare parte integrante della **Polizza**, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo **Assicurato**, nel quale sono indicati i dati relativi all'**Assicurato**, le date di effetto e di scadenza dell'assicurazione e il **Premio** con le relative imposte governative e gli altri estremi contrattuali.

Broker: il soggetto professionale specificatamente designato quale mandatario incaricato dall'Assicurato per la gestione ed esecuzione della polizza, espressamente riconosciuto dalle parti.

Claims made: 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.

Contraente della Convenzione: FNOPI, che stipula il contratto a favore di **Terzi**.

Contraente della singola Polizza: la persona fisica indicata come **Assicurato** nel singolo **Certificato di Assicurazione**.

Cose: Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Circostanza: valevole unicamente per attività professionale svolta in regime libero professionale

Fatti e/o notizie (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei, e che siano stati in ogni modo portati a conoscenza dell'Assicurato. Non è considerata Circostanza la relazione tecnica richiesta dalla Direzione Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa richiesta della Direzione l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una richiesta danni relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto coinvolto.

▪ **Circostanza - Variante migliorativa**

La definizione di **Circostanza** si intende integrata con il seguente paragrafo:

Non è considerata circostanza la comunicazione ex art. 13 L. 24/2017 ricevuta dall'Assicurato a qualsiasi titolo operante (regime libera professione, regime dipendenza) prima di aderire alla presente polizza.

Danno/Danni: Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a **Cose** (ivi compresi gli animali), nonché i **Danni** ad essi conseguenti.

Data di Continuità Assicurativa: è considerata tale la data meno recente tra:

- la prima data di adesione dell'**Assicurato** alla presente **Polizza**;
- la data di adesione dell'**Assicurato** ad analoga copertura assicurativa purché la stessa sia stata stipulata con la **Società** o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della **Società** e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente **Polizza**

Periodo di Assicurazione: il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data della prima scadenza annuale della **Polizza**. Successivamente il **Periodo di Assicurazione** corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo della Polizza medesima

Periodo di efficacia: il periodo di assicurazione comprensivo di retroattività

Indennizzo: La somma dovuta dalla **Società** al verificarsi di un **Sinistro**

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.

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

Periodo di Retroattività: il periodo temporale indicato nel **Certificato di Assicurazione**, antecedente la **Data di effetto** della polizza. Nel periodo di retroattività si intendono garantite le attività svolte in qualità di infermiere o infermiere pediatrico regolarmente iscritto all'Albo professionale comunque ed ovunque svolte, nel rispetto dei Limiti territoriali richiamati all'Art. 5.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente/Assicurato alla **Società**.

Recesso: dichiarazione unilaterale avente l'effetto di sciogliere il contratto.

Responsabilità solidale: responsabilità di più condebitori verso uno stesso concreditore, ciascuno dei quali è tenuto al pagamento dell'intero fatto salvo il diritto di regresso verso gli altri condebitori.

Richiesta di Risarcimento: quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'**Assicurato**:

a) a seguito di azione di responsabilità amministrativa o surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'**Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria Pubblica**

- la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave e/o con la quale gli comunica formale messa in mora;

b) a seguito di azione di rivalsa o surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata

- la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria Privata o la sua impresa di assicurazioni manifesta l'intenzione di rivalersi nei confronti dell'Assicurato per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a Colpa Grave.

c) in caso di attività svolta in regime Libero Professionale

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni 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;
- querela, avvisi di garanzia, procedimento penale;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis cpc, in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

Per quanto previsto ai commi a), b) e c) – ove applicabile - si intende come Richiesta di Risarcimento anche:

- la comunicazione ex Art. 13 della L. 24/2017 del 08.03.2017 dell'Azienda Sanitaria o della Sua Impresa di Assicurazione.

Rinnovo: è la proroga del contratto per un nuovo **Periodo di Assicurazione** e alle medesime condizioni di cui al contratto originario.

Rischio: è la probabilità del verificarsi di un evento.

Sinistro: la **Richiesta di Risarcimento** sopra definita, di cui l'**Assicurato** venga a conoscenza per la prima volta nel corso del **Periodo di Assicurazione**.

Società: l'**impresa di Assicurazione**

Terzi: tutte le persone fisiche e giuridiche diverse dall'**Assicurato**. Non sono considerati **Terzi** i membri del nucleo familiare dell'**Assicurato** (come da Stato di Famiglia).

Condizioni di Assicurazione

I Oggetto del Contratto:

Con il presente contratto il **Contraente** stipula una **Polizza** con l'impresa di assicurazione, di seguito **Società**, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.

La presente **Polizza** è stipulata per conto dei professionisti regolarmente iscritti all'ordine professionale degli infermieri o infermieri pediatrici che aderiranno alla relativa copertura mediante sottoscrizione di un **Certificato di Assicurazione**, e di seguito definito **Assicurato**.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli **Assicurati** e la **Società** sarà regolato dal presente Contratto di seguito **Polizza**.

Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'**Assicurato** dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente **Polizza**, risponderà unicamente alla **Società** la quale potrà opporre agli **Assicurati** tutte le eccezioni che potrebbe opporre al **Contraente** in forza della **Polizza**.

II Documentazione per gli Assicurati:

In sede di illustrazione della Proposta di assicurazione, prima della sottoscrizione del **Certificato di Polizza** sarà resa disponibile a ciascun potenziale aderente la documentazione precontrattuale tramite apposita piattaforma informatica

III Pagamento del premio:

il primo **Periodo di Assicurazione** ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il **Premio** è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se l'**Assicurato** non paga il **Premio** successivo, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze

IV Durata del Contratto:

La **Polizza Convenzione** avrà durata triennale dal 31.12.18 al 31.12.21 senza tacito rinnovo alla scadenza.

E' tuttavia prevista la facoltà da parte della **Società** di rescindere alle singole scadenze anniversary, a partire da quella del 31.12.2020, unicamente nel caso in cui al 31.12 di ciascuna annualità a partire dal 31.12.2020, non si sia raggiunto un numero minimo di adesioni pari al 10% degli Iscritti a FNOPI a tale data.

In tale fattispecie, la Società potrà inviare disdetta tramite raccomandata A/R o PEC, entro i 15 giorni successivi alla scadenza anniversary e con effetto dal 30.06 successivo.

I singoli **Certificati di Assicurazione** avranno durata massima di un anno e saranno con tacito rinnovo salvo disdetta esercitabile dal singolo assicurato mediante comunicazione a mezzo Raccomandata e/o PEC da inviare alla **Società** e al **Broker** entro 30 (trenta) giorni prima della scadenza anniversary

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma “**Claims made**” ossia è resa attiva solo quando la **Richiesta di Risarcimento** 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 del periodo di retroattività di polizza indicato all'articolo 2, antecedente la Data di Continuità Assicurativa**

Articolo 2 – Retroattività

Il periodo di retroattività si intende con inizio dalle ore 24,00 del 31.12.2008. Tale data verrà riportata in ciascun Certificato di Assicurazione.

▪ **Retroattività - Variante MIGLIORATIVA**

L'Articolo 2 – Retroattività si intende sostituito con i seguenti:

Articolo 2.1 – Incremento Retroattività

Il periodo di retroattività si intende illimitato.

Articolo 3 – Massimale

L'assicurazione è prestata per ciascun **Periodo di Assicurazione** e per ciascun Assicurato, fino alla concorrenza del **Massimale** di € 2.000.000,00 (duemilioni/00)

Massimali - Miglioria

L'Articolo 3 – Massimale si intende sostituito dal seguente:

Articolo 3.1 – 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 4 - Oggetto dell'assicurazione

4.1 Responsabilità Civile

In relazione alla responsabilità Civile la **Società** si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a **Terzi**, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'Attività di infermiere e infermiere pediatrico in qualunque forma esercitata purché nel rispetto della vigente normativa in, sempreché risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti.

La **Società** risponde:

a. dei **Danni** cagionati a **Terzi** per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell' **Attività** predetta;

- b. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto - non facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale - a cui l'**Assicurato** presta la propria opera, o esperite dal suo Assicuratore, ritenendolo personalmente responsabile di **Danni** arrecati a **Terzi**;
- c. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

L'assicurazione comprende altresì:

- d. i **Danni** derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici

4.2 Responsabilità Amministrativa per Colpa Grave

In relazione alla Responsabilità Amministrativa la **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a **Terzi**, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo grave, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'Attività di infermiere e infermiere pediatrico in qualunque forma esercitata purché nel rispetto della vigente normativa in materia, sempreché risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti

La **Società** risponde:

dei Danni causati in conseguenza di Responsabilità Amministrativa o Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Locale o Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria Pubblica

4.3 Responsabilità Civile per Colpa Grave

In relazione alla responsabilità Civile la **Società** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a **Terzi**, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo grave, di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'Attività di infermiere e infermiere pediatrico in qualunque forma esercitata purché nel rispetto della vigente normativa in materia, sempreché risulti in regola con il versamento del **Premio** nei termini dovuti.

La **Società** risponde:

dei danni conseguenti all'azione di rivalsa o surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL

Sono altresì coperte le Perdite Patrimoniali, comprese quelle derivanti da danno reputazionale o da violazione del Codice della Privacy, incluse nella Responsabilità Amministrativa, nella Rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria o nell'azione di Surrogazione dell'impresa di assicurazione dell'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge per Colpa Grave, entro un limite del 10% del Danno indennizzato.

Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tutti i Danni oggetto dell'azione di responsabilità amministrativa l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per Colpa Grave con Sentenza Passata in Giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dalla Società.

- **Oggetto dell'assicurazione – Miglioria**

Si include il seguente Articolo:

Articolo 4.4 Proprietà e conduzione dei locali

Proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale (valida unicamente per l'attività diversa da quella svolta in qualità di dipendente).

*La garanzia è valida anche per la Responsabilità Civile derivante dalla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti **ad eccezione dei danni derivanti da:***

- *Lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione, spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture e/o altri impianti;*
- *Rigurgiti di fogne;*
- *Umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;*
- *Amianto/asbesto, silice, o a fibre di ceramica refrattarie;*

Inoltre in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti l'assicurazione è anche estesa alla responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- a. Ai sensi degli artt. 10 e 11 del DPR 30.06.1965 n. 1124 e dell'art. 13 del Decreto legislativo 23.02.2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti DPR e D.Lgs ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- b. Ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del DPR 1124/65 e del D.Lgs 38/2000, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto a. per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata un'inabilità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle di cui agli allegati al DPR 30.06.1965 n. 1124;

L'Assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. L'assicurazione R.C.O. non vale per le malattie professionali.

La garanzia prestata è soggetta a un sottolimito di € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per sinistro e per anno e si applicherà una franchigia di € 2.500,00 per sinistro.

Articolo 5 - Gestione delle vertenze e spese legali

La **Società** assume, fino a quando ne ha interesse, 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 **Richiesta di Risarcimento / 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 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, ad esclusione degli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia.

La **Società** pertanto non è obbligata per **Richieste di Risarcimento** fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 – Recesso per ripensamento in caso di vendita a distanza

Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori per il tramite del Broker. Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione, da parte del Contraente della singola Polizza, del Certificato di Assicurazione.

Qualora il contraente della singola polizza eserciti il diritto di recesso per ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del premio versato (incluse le imposte).

Articolo 8 - Esclusioni

Premesso che questa è una assicurazione “**Claims made**”, quale temporalmente delimitata nella presente **Polizza**, sono escluse dalla presente assicurazione:

- 1) le **Richieste di Risarcimento** come precedentemente definite che pervengano all'**Assicurato** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione**, fatte salve le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti a quanto disposto dal successivo Articolo 9 relativamente alla denuncia delle **Circostanze**;
- 2) le **Richieste di Risarcimento** e/o le **Circostanze**, fatto salvo quanto previsto nella definizione che fossero già note all'**Assicurato** prima della **Data di Continuità Assicurativa**;
- 3) le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti ad azioni giudiziarie promosse contro l'**Assicurato** antecedentemente alla **Data di Continuità Assicurativa**
- 4) le **Richieste di Risarcimento** connesse e/o conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima del **Periodo di Retroattività** stabilito in **Polizza**.

Sono parimenti esclusi i **Danni**:

- 5) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 6) 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;
- 7) derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- 8) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato**;
- 9) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali;
- 10) alle **Cose** mobili e immobili che l'**Assicurato** abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- 11) da furto o da danneggiamenti a **Cose** causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 12) 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**;

- 13) 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**;
- 14) 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**;
- 15) riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa tempo per tempo vigente

▪ **Esclusioni - Miglioria**

Si intende abrogata l'esclusione 14 di cui all'art. 8 ESCLUSIONI, con un sottolimito, per sinistro e per anno relativo alle "perdite Patrimoniali" così come definite nel GLOSSARIO, pari ad € 300.000,00.

▪ **Esclusioni - Miglioria BIS**

Si intende abrogata l'esclusione 14 di cui all'art. 8 ESCLUSIONI, relativamente alle "perdite Patrimoniali" così come definite nel GLOSSARIO, sino a concorrenza del massimale di polizza.

Articolo 9 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività

Se durante il **Periodo di Assicurazione** l'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità e non per altra ragione imposta (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari, l'attività già svolta dall'**Assicurato** resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**.

In caso di morte dell'Assicurato durante il periodo di assicurazione le garanzie prestate verranno estese a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza

Resta peraltro convenuto che, nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, l'Assicurato avrà diritto, entro il termine di richiesta di 60 giorni e, dietro pagamento di un premio una tantum pari a **3 (tre) annualità (o come diversamente indicato nell'indicazione di "Offerta tecnica")**, alla proroga della garanzia per ulteriori 10 (dieci) anni. La garanzia assicurativa verrà dunque estesa a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla prima scadenza del singolo **Certificato di Assicurazione** alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà comunque superare il massimale annuo stabilito in polizza (**o come diversamente indicato nell'indicazione di "Offerta tecnica"**) che si intenderà quindi unico per tutto il periodo.

Tutto quanto sopra unicamente nel caso in cui la cessazione definitiva dell'**Attività Professionale** ed il **Premio** dovuto per la proroga vengano rispettivamente comunicata e versato alla **Società** entro i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione**.

▪ **Cessazione dell'attività professionale – Ultrattività MIGLIORIA**

L'Articolo 9 Cessazione dell'Attività Professionale – Ultrattività si intende sostituito dal seguente:

Articolo 9.1 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività

Se durante il **Periodo di Assicurazione** l'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità e non per altra ragione imposta (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari, l'attività già svolta dall'**Assicurato** resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**.

In caso di morte dell'Assicurato durante il periodo di assicurazione le garanzie prestate verranno estese a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza

Resta peraltro convenuto che, nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, l'Assicurato avrà diritto, entro il termine di richiesta di 60 giorni e, dietro pagamento di un premio una tantum pari a **2 (due) annualità (o come diversamente indicato nell'indicazione di "Offerta tecnica")**, alla proroga della garanzia per ulteriori 10 (dieci) anni. La garanzia assicurativa verrà dunque estesa a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla prima scadenza del singolo **Certificato di Assicurazione** alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà comunque superare il massimale annuo stabilito in polizza (**o come diversamente indicato nell'indicazione di "Offerta tecnica"**) che si intenderà quindi unico per tutto il periodo.

Tutto quanto sopra unicamente nel caso in cui la cessazione definitiva dell'**Attività Professionale** ed il **Premio** dovuto per la proroga vengano rispettivamente comunicata e versato alla **Società** entro i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione**

▪ **Cessazione dell'attività professionale – Ultrattività MIGLIORIA BIS**

L'Articolo 9 Cessazione dell'Attività Professionale – Ultrattività si intende sostituito dal seguente:

Articolo 9.2 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività

Se durante il **Periodo di Assicurazione** l'**Attività Professionale** dell'**Assicurato** viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità e non per altra ragione imposta (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari, l'attività già svolta dall'**Assicurato** resta coperta, alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale **Periodo di Assicurazione**.

In caso di morte dell'Assicurato durante il periodo di assicurazione le garanzie prestate verranno estese a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza

Resta peraltro convenuto che, nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi clausola, l'Assicurato avrà diritto, entro il termine di richiesta di 60 giorni e, dietro pagamento di un premio una tantum pari a **1 (una) annualità (o come diversamente indicato nell'indicazione di "Offerta tecnica")**, alla proroga della garanzia per ulteriori 10 (dieci) anni. La garanzia assicurativa verrà dunque estesa a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni

successivi alla prima scadenza del singolo **Certificato di Assicurazione** alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà comunque superare il massimale annuo stabilito in polizza (**o come diversamente indicato nell'indicazione di "Offerta tecnica"**) che si intenderà quindi unico per tutto il periodo.

Tutto quanto sopra unicamente nel caso in cui la cessazione definitiva dell'**Attività Professionale** ed il **Premio** dovuto per la proroga vengano rispettivamente comunicata e versato alla **Società** entro i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione**.

Articolo 10 - 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**.

Articolo 11 - Oneri fiscali

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

Articolo 12 - 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 13 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento

L'**Assicurato** è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite del **Broker**, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza quanto definito come **sinistro**.

La denuncia di **Sinistro** deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti danneggiati e ogni altra notizia utile per la **Società** incluso quanto previsto dall'Articolo 12 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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 riconoscere somme, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 14 - 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 norma della legislazione vigente. A tal fine l'**Assicurato** è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Articolo 15 - Forma delle comunicazioni – Variazione della Polizza

Ogni comunicazione inerente la **Polizza** o i singoli **Certificati di Assicurazione** deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione inerente la Polizza deve risultare da atto sottoscritto dal **Contraente** e dalla **Società**, mentre qualunque variazione inerente i singoli **Certificati di Assicurazione** deve risultare da atto sottoscritto dall'**Assicurato** e dalla **Società**.

Articolo 16 - Gestione della Polizza – Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte dell'ATI Marsh S.p.A. - Morganti Insurance Brokers S.r.l., di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti per conto della Stazione Appaltante dal Broker.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare qualunque somma dovuta, con effetto liberatorio alla Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Articolo 17 - Modalità e 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 una piattaforma informatica dedicata con cui ottenere le Condizioni di Assicurazione e tutta la documentazione precontrattuale, nonché richiedere l'attivazione del singolo **Certificato di Assicurazione**.

Articolo 18 - Determinazione del Premio

Il Premio lordo alla firma dovuto dall'**Assicurato** relativo alla copertura assicurativa sarà così determinato in funzione della data di adesione, ossia:

- 100% del premio annuo per periodi di assicurazione superiori a sei mesi, col massimo di un anno;
- 50% del premio annuo per periodi di assicurazione uguali o inferiori a sei mesi rispetto alla scadenza anniversaria.

Art. 19 Comitato Tecnico Sinistri (CTS)

La Società si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato a **2 (due) sedute** del CTS, qualora richiesto dalla Contraente della Convenzione, per ciascun periodo di assicurazione, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con il CTS e strategie di gestione del sinistro.

Gli obiettivi principali del CTS consistono, a titolo esemplificativo, nel:

- a. Monitorare l'andamento tecnico della Convenzione;
- b. Valutare eventuali casistiche ricorrenti o casi particolari, preventivamente sottoposti all'attenzione delle parti;

c. Condividere appositi protocolli di gestione dei sinistri;

Art. 20 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.03 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente della Convenzione (FNOPI), in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

Art. 21 - Limite di indennizzo per Corresponsabilità

Si precisa che nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati la presente Convenzione nel medesimo sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di € 10.000.000,00.

▪ Limite di indennizzo per corresponsabilità – Miglioria

L'Articolo 21 Limite di indennizzo per Corresponsabilità, si intende sostituito dal seguente:

Art. 21.2 - Limite di indennizzo per Corresponsabilità

Si precisa che nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati la presente Convenzione nel medesimo sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di € 15.000.000,00.

▪ Limite di indennizzo per corresponsabilità – Miglioria BIS

L'Articolo 21 Limite di indennizzo per Corresponsabilità, si intende sostituito dal seguente:

Art. 21.3 Limite di indennizzo per Corresponsabilità

Si precisa che nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati la presente Convenzione nel medesimo sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di € 20.000.000,00.

Art. 22 - Attivazione dei Certificati di Assicurazione

La Società garantisce l'attivazione dei singoli certificati di Assicurazione, secondo l'Offerta Economica presentata, a semplice richiesta dell'Assicurando.

In caso di rischi sinistrati, ossia le posizioni che al momento della prima adesione alla presente convenzione fossero già state destinatarie di richieste di risarcimento danni (come da definizione di polizza) si applicherà un sovrappremio al premio annuo pro-capite pari al 20%, senza ulteriori modifiche.

▪ **Attivazione dei Certificati di Assicurazione - Miglioria**

L'Articolo 22 – Attivazione dei Certificati di Assicurazione, si intende sostituito dal seguente:

Art. 22.1 - Attivazione dei Certificati di Assicurazione

La Società garantisce l'attivazione dei singoli Certificati di Assicurazione, secondo l'Offerta Economica presentata, a semplice richiesta dell'Assicurando.

In caso di rischi sinistrati, ossia le posizioni che al momento della prima adesione alla presente convenzione fossero già state destinatarie di richieste di risarcimento danni (come da definizione di polizza) si applicherà un sovrappremio al premio annuo pro-capite pari al 10%, senza ulteriori modifiche.

▪ **Attivazione dei Certificati di Assicurazione – Miglioria BIS**

L'Articolo 22 – Attivazione dei Certificati di Assicurazione, si intende sostituito dal seguente:

Art. 22.2 - Attivazione dei Certificati di Assicurazione

La Società garantisce l'attivazione dei singoli certificati di Assicurazione, secondo l'Offerta Economica presentata, a semplice richiesta dell'Assicurando.

In caso di rischi sinistrati, la Società attiverà i singoli Certificati di Assicurazione senza ulteriori modifiche.

Il Responsabile del Procedimento

Elisabetta Ferretti

