

FASCICOLO INFORMATIVO

(ai sensi degli Artt.30 e segg. del Reg. IVASS n° 35 del 26/05/2010)

Contratto di assicurazione Responsabilità Civile “Colpa Grave”

per il personale delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa (Allegato A);**
- b) Condizioni Generali di Assicurazione (Allegato B);**
- c) Modulo di Proposta (Allegato C)**
- d) Informativa sul Trattamento dei dati personali (Allegato D)**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione, leggere attentamente la Nota Informativa.



NOTA INFORMATIVA DANNI

Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile “Colpa Grave”

Data dell'ultimo aggiornamento dei dati contenuti nella presente Nota Informativa: 10.11.2015

Per la consultazione degli aggiornamenti del presente Fascicolo Informativo si rinvia al sito web dell'impresa: <http://www.aig.co.it>.

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione della stessa autorità.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come “Avvertenza” dal Regolamento IVASS n. 35/2010.

I termini utilizzati nella presente Nota Informativa assumono il significato definito nell'ambito delle condizioni di Assicurazione.

Il presente documento non può in ogni caso derogare quanto espressamente previsto nell'ambito delle Condizioni di Assicurazione che prevarranno sulla Nota Informativa. Eventuali pattuizioni in deroga o in aggiunta a quanto previsto nel presente documento possono essere contenute nelle appendici integrative e/o negli allegati alle condizioni di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

1. Informazioni Generali

- AIG Europe Limited. Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260. Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito.
- La presente polizza di Assicurazione è emessa da AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, filiale con sede legale in Via della Chiusa, 2, 20123, Milano, Italia - Tel: +39 02.36.90.1 Fax. 02 36 90 222.
- Sito web: www.aig.co.it.
- Indirizzo di posta elettronica: info.italy@aig.it.
- AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia è soggetta alla vigilanza dell'autorità di vigilanza per il mercato assicurativo inglese Prudential Regulation Authority. AIG Europe Limited è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento ed il numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione è I.00106. I regimi normativi vigenti in altri paesi in cui opera AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia potrebbero discostarsi del tutto o in parte da quello esistente nel Regno Unito. L'attività di AIG Europe Limited sul mercato italiano è regolamentata dall'IVASS.





2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa¹

- AIG Europe Limited ha un patrimonio netto pari a £ 3.280 milioni (€ 4.044 milioni), di cui £ 197milioni (€ 242 milioni) a titolo di capitale sociale e £ 3.083milioni (€ 3.801 milioni) a titolo di riserve patrimoniali.
- L'indice di solvibilità dell'Impresa, inteso come il rapporto tra il margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 466%. Questo coefficiente è basato sul requisito patrimoniale minimo introdotto dal regime Solvency 1, ottenuto sulla base del Regulatory Return presentato a fine anno dalla compagnia.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata del contratto di Assicurazione è indicata nella Scheda di Copertura.

Il contratto di Assicurazione cessa automaticamente alla data di scadenza senza alcun obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Nei limiti ed alle condizioni di Polizza e secondo quanto previsto nella Scheda di Copertura, la Società 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, ivi incluse 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 comprende altresì la responsabilità civile personale dell'Assicurato per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

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 alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e, trascorsi dieci giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato.

La Società 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.

La Società risponde inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di copertura ma entro il limite del venticinque per cento 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.

Si rinvia agli artt. 4 (Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività), 5 (Oggetto dell'Assicurazione), 6 (Precisione sui rischi coperti), 7 (Spese legali e gestione delle vertenze) e 12 (Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale - Protezione di eredi e tutori) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle coperture assicurative.

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato. La conversione da sterline ad euro è basata sul cambio ufficiale di mercato al 30 novembre 2012



Avvertenza:

Il presente contratto è soggetto a condizioni di assicurabilità, limitazioni, esclusioni e condizioni di sospensione che possono determinare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul contenuto del Modulo di Proposta, della Scheda di Copertura, nonché degli artt. 1 (Dichiarazioni dell'Assicurato), 2 (Reticenze e dichiarazioni inesatte), 2bis (Aggravamento e diminuzione del rischio), 4 (Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività), 7 (Spese legali e gestione delle vertenze), 8 (Nozione di "Terzo" o "Terzi"), 9 (Limiti territoriali), 10 (Esclusioni), 11 (Responsabilità solidale), 14 (Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione), 17 (Coesistenza di altre assicurazioni – Secondo Rischio) e 18 (Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza:

Il presente contratto prevede Franchigie, Massimali e limiti di indennizzo delle somme assicurate. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul contenuto del Modulo di Proposta, della Scheda di Copertura, nonché degli artt. 7 (Spese legali e gestione delle vertenze) e 17 (Coesistenza di altre assicurazioni – Secondo Rischio) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuali

Non sono previsti periodi di carenza contrattuali.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alla circostanza del rischio - Nullità

Avvertenza:

Nel garantire la copertura assicurativa la Società 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.

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 all'indennizzo, ovvero la cessazione dell'Assicurazione stessa.

Si rinvia agli artt. 1 (Dichiarazioni dell'Assicurato) e 2 (Reticenze e dichiarazioni inesatte) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento o diminuzione del rischio o variazione nella professione. Gli aggravamenti di rischio e variazioni nella professione non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del contratto ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile. Nel caso in cui la variazione del rischio e/o della professione comportino invece diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dal Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Si rinvia agli artt. 2bis (Aggravamento e diminuzione del rischio) e 13 (Variazioni legali del rischio) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Di seguito, sono indicate a titolo esemplificativo alcune circostanze che possono costituire un aggravamento del rischio:



1) cambiamento di categoria assicurativa in corso di copertura. Ad esempio specializzando o infermiere che diventa dirigente medico;

2) cambiamento di Ente di appartenenza in corso di copertura. Ad esempio medico che inizia a svolgere una mansione aggiuntiva presso altro Ente del Servizio Sanitario Nazionale.

7. Premi

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

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

L'Assicurato provvederà a pagare il premio direttamente alla Società, all'Agente AIG Italian Underwriting S.r.l ovvero all'Intermediario cui è affidata la polizza.

Si rinvia alla Scheda di Copertura ed al Modulo di Proposta, nonché agli artt. 12 (Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale - Protezione di eredi e tutori) e 14 (Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione) per gli aspetti di dettaglio relativi alle modalità di pagamento del premio.

Avvertenza:

Non sono previsti sconti di premio da parte della Società o dell'Intermediario.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non sono previsti adeguamenti automatici di somme assicurate e premio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza:

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al sessantesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che l'Assicuratore possono recedere dal presente contratto con preavviso scritto di trenta giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento che, nel caso dell'Assicurato, potrà essere inviata tanto all'Assicuratore quanto all'agente AIG Italian Underwriting S.r.l. Nel caso di recesso da parte dell'Assicuratore, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Si rinvia all'art. 19 (Facoltà di recesso in caso di sinistro) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.





11. Legge applicabile e Foro Competente

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

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

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

Nei limiti ed alle condizioni di Polizza, l'Assicurato si obbliga a denunciare, entro dieci giorni da quando ne è venuto a conoscenza, i Sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

- **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;**
- **Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.**

La denuncia di Sinistro, in forma scritta, deve essere inviata all'agente AIG Italian Underwriting S.r.l., e 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.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

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.

Si rinvia agli artt. 17 (Coesistenza di altre assicurazioni – Secondo rischio) e 18 (Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro) delle condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

14. Reclami

Siamo convinti che ogni cliente meriti un servizio tempestivo, cortese ed efficiente. Nel caso in cui il nostro servizio non soddisfi le vostre aspettative potete contattarci agli indirizzi e secondo le modalità qui di seguito indicate.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto all'Impresa ed indirizzati a:

AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia
Servizio Reclami
Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano
Fax 02 36 90 222
e-mail: servizio.reclami@aig.com

Sarà cura della Compagnia informare il reclamante dell'avvenuta ricezione e della presa in carico del reclamo, entro 5 giorni dalla ricezione dello stesso. La Compagnia comunicherà gli esiti del reclamo al





reclamante il prima possibile, e comunque entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, potranno essere presentati direttamente a:

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Contestualmente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET

- eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente alla Società e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte della compagnia stessa o che abbiano ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

Il nuovo reclamo dovrà contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro della stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Nel caso in cui le Parti si siano accordate per una legislazione diversa da quella italiana, l'organo incaricato di esaminare gli eventuali reclami sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente Arbitrato.

15.Arbitrato

Avvertenza:

Non sono previste ipotesi di arbitrato.

In caso di controversie, resta fermo il diritto per entrambe le parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria competente.





GLOSSARIO

Il presente paragrafo della Nota Informativa contiene ed esplica i termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del contratto di assicurazione.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di Polizza.

Agente AIG	Italian Underwriting S.r.l., con sede in Milano, via Borgonuovo, 7, agenzia di sottoscrizione assicurativa autorizzata a concludere contratti di Assicurazione per conto dell'Assicuratore, iscritta al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi al n. A000053253.
Assicurato	nei rami danni, la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.
Assicurazione	l'operazione con cui un soggetto (Assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (Società) un rischio al quale egli è esposto.
Carenza	Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.
Codice delle Assicurazioni	il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione con la Società e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà). Con riferimento al presente contratto di Assicurazione le due figure coincidono.
Denuncia di sinistro	Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro. Salvo diversa previsione contrattuale, l'avviso deve essere dato entro tre giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato, o dalla data in cui l'assicurato ne è venuto a conoscenza.
Disdetta	Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione
Franchigia/scoperto	Clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato. La franchigia, di regola espressa in cifra fissa o in percentuale, si applica sulla somma assicurata, ed il suo ammontare è quindi definibile a priori. Essa si differenzia proprio per questo dallo scoperto, in quanto quest'ultimo, espresso in percentuale, si applica sul danno, ed il suo ammontare non è quindi definibile a priori.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Intermediario	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Società
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il





	controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
Nota informativa	Documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. La nota informativa contiene informazioni relative all'Impresa di assicurazione e informazioni relative al contratto (garanzie ed opzioni, durata del contratto, modalità di versamento dei premi, regime fiscale, legislazione applicabile, reclami in merito al contratto, ecc.).
Periodo di assicurazione	Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
Polizza	il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rivalsa	il diritto che spetta alla Società nei confronti dell'Assicurato e che consente alla Società di recuperare dall'Assicurato gli importi pagati ai terzi danneggiati, nei casi in cui essa avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.
Sinistro	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	AIG Europe Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Milano, via della Chiusa, 2, ovvero l'impresa assicuratrice esercente professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa, autorizzata dall'IVASS e sottoposta alla sua vigilanza.
Surrogazione	la facoltà della Società che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AIG EUROPE LIMITED
Rappresentanza Generale per l'Italia



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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 (corsivo, sottolineato).

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 validità della copertura.

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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.

A tal fine e con la stipulazione della presente polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato dell'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale indicata nell'annessa Scheda di Copertura;
- 1.3 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 una 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;
- 1.4 di avere preso 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.

Articolo 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 (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di Proposta al momento della sottoscrizione del contratto di Assicurazione.

Articolo 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 nella Scheda di Copertura. 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.

In caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Articolo 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	L'Assicurato
Assicurato	la persona nominativamente indicata nella Scheda di Copertura assunta con rapporto di lavoro o di servizio con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato.
Azienda del Servizio Sanitario Nazionale o Azienda Sanitaria	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale ed indicato nella Scheda di Copertura, presso cui l'Assicurato eserciti la propria attività professionale.
Assicuratore	AIG EUROPE LIMITED, Rappresentanza Generale per l'Italia , con sede in Milano, via della Chiusa, 2.
Broker	l'intermediario assicurativo indicato nella Scheda di Copertura.
Agente AIG	Italian Underwriting S.r.l. , con sede in Milano, via Borgonuovo, 7, agenzia di sottoscrizione assicurativa autorizzata a concludere contratti di Assicurazione per conto dell'Assicuratore, iscritta al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi al n. A000053253.
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	<u>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.</u>

Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.
Periodo di Efficacia:	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, 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: <ul style="list-style-type: none">• 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.
Certificato	il documento emesso, con i suoi annessi e/o allegati, quale prova del contratto di Assicurazione
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti allegati al presente contratto di Assicurazione che ne costituiscono parte integrante, nei quali sono riportati i dettagli richiamati nel testo.

Articolo 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. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18 per ulteriori aspetti di dettaglio).

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 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'articolo 3 e riportato nella Scheda di Copertura, presta l'assicurazione nella forma "claims made" come stabilito all'articolo 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 medico-sanitarie 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 nella Scheda di Copertura, 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.

Articolo 6 PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, come definita nella presente polizza e ferme le esclusioni che seguono, viene prestata con riferimento alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta 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, così come riportate nella Scheda di Copertura.

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

Articolo 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 nella Scheda di copertura 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.

Articolo 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.

Articolo 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. E' 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.

Articolo 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, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- b. le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano fatti e circostanze note: 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'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza o dal suo Assicuratore; 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.
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

- 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 e' 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 derivanti da rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.18 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, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- 10.2.19 derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona;
- 10.2.20 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.

Articolo 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.

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

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari applicabili, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 100% del premio corrispondente all'ultima mansione, nelle ipotesi di cui al paragrafo precedente è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare una copertura assicurativa annuale per eventuale azioni nei propri confronti relativamente a fatti verificatisi durante il periodo di efficacia del presente contratto di Assicurazione.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione anzidetta, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore nei confronti dell'Assicurato e nessun sinistro potrà essergli denunciato.

Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche 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'articolo 18 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Fermo quanto previsto all'art. 2bis (Aggravamento e Diminuzione del Rischio), qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto 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 nella Scheda di Copertura, 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.

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati all'Assicuratore/Agente, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

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

Si rinvia al Modulo di Proposta per gli aspetti di dettaglio relativi alle modalità di adesione alla presente Polizza ed al pagamento del premio.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 RISOLUZIONE ANNUALE

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga

Articolo 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 a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre coperture assicurative siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

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.

Articolo 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le definizioni di polizza "Richiesta di risarcimento" e "Sinistri", 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:

- 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;
- 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 all'agente AIG Europe Limited Italian Underwriting

S.r.l.

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.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 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.

Articolo 19 FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato 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 che, nel caso dell'Assicurato, potrà essere inviata tanto all'Assicuratore quanto all'agente AIG Europe Limited Italian Underwriting S.r.l. Nel caso di recesso da parte dell'Assicuratore, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 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.

Articolo 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 Limited.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (valida solo se l'intermediario indicato nella Scheda di Copertura è iscritto alla Sezione B del RUI)

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

L'Assicuratore ha conferito all'agente AIG indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

- Ogni comunicazione fatta dall'agente AIG al Broker sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dal Broker all'agente AIG sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dall'agente AIG sarà considerata come fatta dall'Assicuratore;



d. Ogni comunicazione fatta all'agente AIG sarà considerata come fatta all'Assicuratore.

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

L'Assicuratore accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite l'agente AIG.

Articolo 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 l'Agente/Broker cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

L'ASSICURATO

AIG Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia



Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente contratto di Assicurazione e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo;

2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:

- Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato
- Articolo 4 Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)
- Articolo 9 Limiti territoriali
- Articolo 10 Esclusioni (in particolare quelle dell'Assicurazione claims made – 10.1)
- Articolo 16 Risoluzione annuale
- Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
- Articolo 18 Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
- Articolo 19 Facoltà di recesso in caso di sinistro
- Articolo 22 Clausola Broker
- Articolo 23 Norme di legge e Foro Competente.

L'ASSICURATO