

MODELLO UNICO DI INFORMATIVA PRECONTRATTUALE EX ART. 49 REGOLAMENTO ISVAP 5/2006

SEZIONE A (ex modello 7A)

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI

Ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

a) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, consegnano al contraente copia del documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;

b) prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;

c) sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;

d) informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;

e) consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;

f) possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

C O V E R A L L

I n s u r a n c e B r o k e r d i M i r e l l a S c a r p a

SEZIONE B (ex modello 7B)

INFORMAZIONI RESE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO.

AVVERTENZA

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitti d'interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punito con sanzioni amministrative, pecuniarie e disciplinari.

PARTE 1.

Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente e sul broker che intermedia il contratto.

Nome e Cognome SCARPA MIRELLA **Broker (Sez. B)**
 Ditta individuale
 Rappresentante legale
 Responsabile intermediazione
 Addetto all'intermediazione (iscritto in sez. Sezione E del RUI) al di fuori dei locali del broker sotto indicato;
 Addetto interno all'intermediazione del broker sotto indicato;
 Addetto/responsabile di collaboratore (iscritto in Sez. E del RUI) del broker sotto indicato.

Iscritto al RUI Sezione B Numero B000014207 Data iscrizione 01.02.2007

Il soggetto di cui sopra opera per conto del seguente collaboratore del broker (da compilare solo nel caso in cui la persona sopra indicata sia un addetto/responsabile di un collaboratore iscritto nella sezione E)

Nome Cognome/Ragione sociale _____ Sede operativa _____

N° Iscrizione RUI/ Sez.E _____ Data iscrizione _____

Telefono _____

Dati del broker che intermedia il contratto:

Nome Cognome/Ragione sociale **COVERALL Insurance Broker** Sede legale **MILANO**

Sede operativa **MILANO** Filiale *********

N° Iscrizione. RUI / Sez. B **B000014207** Data iscrizione **01.02.2007**

Sito internet **www.coverallbroker.it** Telefono **02.654740**

I dati identificativi e di iscrizione dell'intermediario, sopra forniti, possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) sul sito Isvap: www.isvap.it - Autorità Competente alla vigilanza: Isvap – Via del Quirinale 21- 00187 Roma

Sede: Via C. Finocchiaro Aprile 14 – 20124 Milano - Telefono: 02.654740 r.a.- Telefax: 02.29017169

Sito Web: www.coverallbroker.it

Indirizzo di posta elettronica: info@coverallbroker.it

Partita Iva n. 12843250155 – REA n. MI 1743789 – RUI B000014207 del 01.02.2007

PARTE 2.

Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi.

2.1 Informazioni generali

Il soggetto che entra in contatto con il cliente **e/o la COVERALL Insurance Broker** non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una Impresa di assicurazione.

Nessuna Impresa di assicurazione o impresa controllante di una Impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto del soggetto che entra in contatto con il cliente e/o del broker

Con riguardo al contratto proposto *la COVERALL Insurance Broker* dichiara di: *(barrare l'opzione ricorrente)*:

fornire consulenze basate su un'analisi imparziale fondata su un numero sufficientemente ampio di contratti disponibili sul mercato al fine di consigliare un prodotto idoneo a soddisfare le richieste del contraente (in caso affermativo, precisare il numero dei contratti sui quali fonda le proprie valutazioni);

esser tenuto in forza di obblighi contrattuali a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione, dovendo in tal caso specificare la denominazione di tali imprese;

proporre contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. In tal caso, su richiesta del contraente, indica la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali ha o potrebbe avere rapporti d'affari, fermo restando l'obbligo di avvisare il contraente del diritto di richiedere tali informazioni. Il cliente ha quindi diritto di chiedere la denominazione delle Imprese di Assicurazione con le quali la COVERALL Insurance Broker ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

2.2 Informazioni relative alla misura delle provvigioni riconosciute dalle Imprese per i contratti RCA

(in attuazione alle disposizioni dell'art 131 del Codice delle Assicurazioni ed all'art. 9 del Regolamento di attuazione 23/2008 emanato dall'Isvap che disciplinano la trasparenza dei premi e delle condizioni del contratto nell'assicurazione obbligatoria veicoli e natanti)

Per i contratti RCA, viene allegata una tabella (allegato 1) nella quale sono specificati i livelli **provvisoriamente riconosciuti al broker dall'Impresa di assicurazione con la quale lo stesso ha rapporti di affari per la RCA.**

Le provvigioni in cifra fissa ed in percentuale sul premio lordo, riconosciute per il contratto proposto, cui la presente informativa si riferisce, sono invece rilevabili dal preventivo o dallo stesso contratto. Nel caso di contratto intermediato tramite Agenzia della Impresa di assicurazione, le provvigioni indicate sono quelle riconosciute dall'Impresa di assicurazione alla sua Agenzia, mentre quelle riconosciute da quest'ultima al broker, **facoltativamente indicate**, sono parte delle precedenti e non rappresentano quindi un aumento del premio.

PARTE 3.

Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

3.1 Informazioni generali

Ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni, i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti alle Imprese di assicurazione, se regolati per il tramite dell'intermediario costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.

ovvero

COVERALL Insurance Broker ha costituito ai sensi dell'art. 117 comma 3 bis del Codice delle Assicurazioni una fidejussione a garanzia della capacità finanziaria richiesta dalla stessa norma, pari al 4% dei premi incassati, con un minimo di € 15,000.

L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di Assicurazione di Responsabilità Civile che copre i danni arrecati ai contraenti, da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali e infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà di rivolgersi al Fondo di Garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e riassicurazione, istituito presso la Consap, Via Yser 14, 00198 Roma, telefono 06/857961 per chiedere, laddove ne esistano i presupposti ed il diritto a farlo, il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività d'intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto. Il Contraente e l'Assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di proporre reclamo all'Isvap.

C O V E R A L L

I n s u r a n c e B r o k e r d i M i r e l l a S c a r p a

LETTERA PRIVACY

INFORMATIVA AI CLIENTI DELL'AGENZIA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 Le comunichiamo quanto segue:

FINALITA' DEL TRATTAMENTO:

1. I dati personali sono trattati dall'intermediario ed eventualmente da sue filiali per attività di informazione commerciale e promozione presso lo/gli stessi clienti di prodotti o servizi assicurativi di Suo interesse.
2. Per le medesime finalità di cui al precedente punto, i dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo/finanziario con i quali l'agenzia intrattiene o intratterà rapporti di reciproca collaborazione. A titolo esemplificativo tali altri soggetti possono individuarsi tra: imprese di assicurazione, coassicurazione e riassicurazione, agenti, sub-agenti, produttori ecc...

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il conferimento di tali dati è facoltativo e un eventuale mancato consenso da parte della clientela ai trattamenti sopra indicati non pregiudicherà l'esecuzione delle polizze assicurative stipulate.

Fonte e natura dei dati

I dati personali trattati dall'intermediario sono esclusivamente quelli forniti dai clienti in occasione di proposte e/o trattative pre-contrattuali finalizzate alla stipula di polizze assicurative ovvero in occasione della stipula di dette polizze limitatamente a quelli che consentono di contattare i clienti e di individuare le eventuali esigenze assicurative anche al fine di poter formulare adeguate proposte assicurative personalizzate. Resta in ogni caso escluso qualsiasi trattamento di dati sensibili per i fini sopra indicati. I dati personali della clientela non verranno in nessun caso diffusi. Il titolare dei dati personali è la titolare SCARPA MIRELLA

Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati, i diritti di cui all'art. 10 D.Lgs 196/2003, conoscere l'esistenza o meno di propri dati personali, l'origine dei dati nonché la logica e le finalità del trattamento, ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati, opporsi al trattamento dei dati.

Consenso del cliente

Preso atto dell'informativa sopra riportata e delle finalità del trattamento dei miei dati personali da parte dell'intermediario:

Consento Non consento il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 1 dell'informativa (attività di informazione commerciale e/o promozione da parte dell'intermediario)

Consento Non consento il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 2 dell'informativa (comunicazione a terzi operanti nel settore assicurativo/finanziario)

LUOGO

DATA

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE

FIRMA

Sede: Via C. Finocchiaro Aprile 14 – 20124 Milano - Telefono: 02.654740 r.a.- Telefax: 02.29017169

Sito Web: www.coverallbroker.it

Indirizzo di posta elettronica: info@coverallbroker.it

Partita Iva n. 12843250155 – REA n. MI 1743789 – RUI B000014207 del 01.02.2007



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company

Polizza di Assicurazione

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

Contratto di Assicurazione rilasciato in esclusiva a



AmTrust Europe Limited

Market Square House, St James's Street, Nottingham NG1 6FG

Tel: +44 (0) 115 941 1022 fax: +44 (0) 115 941 1316 email: Nottingham@amtrusteu.co.uk Reg No 1229676

Authorised and regulated by the Financial Services Authority

CONDIZIONI del CONTRATTO

I. Oggetto del contratto

Con il presente contratto, di seguito Contraente, stipula una polizza collettiva con l'assicuratore AmTrust Europe Limited, di seguito Società, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale per Colpa Grave, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.

La presente Polizza collettiva è stipulata per conto del personale iscritto alla Confederazione e dipendente convenzionato e/o specializzando, di Aziende Sanitarie Locali o Ospedaliere e/o Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, che aderirà alla relativa copertura mediante sottoscrizione di Idoneo Modulo di Adesione, 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

Ad ogni Assicurato che avrà dichiarato di voler aderire alla presente Polizza, il Contraente consegnerà le Condizioni di Assicurazione, contenente l'informativa per la protezione dei dati personali (Privacy), e farà sottoscrivere il Modulo di Adesione.

Il mancato adempimento di tale obbligo comporterà responsabilità diretta del Contraente per eventuali indennizzi corrisposti.

III. Modulo di Adesione

Ciascun Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Modulo di Adesione relativo a ciascun Periodo di Assicurazione, che formerà parte integrante della Polizza, trasmetterlo in originale al Contraente e provvedere al versamento dell'importo che sarà richiesto dal Contraente o suo incaricato.

Nel Modulo di Adesione, che sarà predisposto dal Contraente, dovranno essere riportati:

- i dati identificativi dell'Assicurato (Cognome e Nome, Codice Fiscale e domicilio);
- la qualifica dell'Assicurato, come da Tabella premi più avanti indicata;
- l'effetto e la scadenza della garanzia;
- l'accettazione dell'Assicurato di alcune particolari disposizioni di Polizza (artt. 1341 e 1342 del Codice Civile);
- il consenso dell'Assicurato al trattamento dei dati personali necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale.

IV. Premio e modalità di pagamento

Essendo il premio di Polizza correlato al numero di adesioni e alla qualifica di ciascun dipendente aderente alla Polizza, all'atto del perfezionamento del contratto il Contraente non versa alcun acconto di premio.

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società, entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese, l'elenco di coloro che hanno aderito alla Polizza – con i relativi dati identificativi, qualifica ed effetto/scadenza della garanzia – e la copia dei Moduli di Adesione sottoscritti dagli Assicurati nel mese precedente.

La Società procederà alla regolazione mensile del premio che dovrà essere pagata entro 30 (trenta) giorni da quando da la Società ha presentato al Contraente il relativo atto di regolazione.

V. Durata del contratto

Il contratto ha durata triennale dalle ore 24 del _____ alle ore 24 del _____

E' data facoltà alle Parti di rescindere il contratto annualmente previa comunicazione di recesso da inviarsi a mezzo raccomandata A/R entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza annuale.

Al termine della durata sopra indicata, previo accordo tra le Parti, è data facoltà di rinnovo del presente contratto per un altro periodo triennale.

VI. Informativa al Contraente sul trattamento dei dati personali

Ai fini dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196 (Codice Privacy), la informiamo di quanto segue:

A) Finalità e modalità del Trattamento dei dati

I dati dell'interessato saranno trattati da AmTrust Europe Limited – titolare del trattamento – nonché dalla Società appartenenti al medesimo gruppo societario, per dare corso all'attività assicurativa e riassicurativa, connessa al contratto di assicurazione, nelle fasi di assunzione del rischio, della gestione del contratto e della liquidazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e consisterà nelle operazioni indicate all'Art. 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs 196/03 e sue successive modifiche e/o integrazioni

B) Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali: è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto; è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative (quali ad esempio quelle relative all'antiriciclaggio, casellario giudiziale).

C) Rifiuto del conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, relativamente alle finalità assicurative di cui al precedente punto A) comporta l'impossibilità di proseguire il rapporto.

D) Comunicazione dei dati

I dati personale possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto A), ad altri soggetti del settore assicurativo quali, per esempio, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker e altri soggetti iscritti al registro unico degli intermediari assicurativi; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI.

In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal "Garante per la protezione dei dati personali" e presso i suddetti soggetti.

Inoltre i dati personali possono essere comunicati ad altre Società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione ed al terzo incaricato dell'esecuzione dei servizi e gestione dei sinistri ed ogni altro servizio che la Società debba fornire ai termini di Polizza.

L'elenco aggiornato delle altre società alle quali saranno comunicati i Suoi dati e dei responsabili potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla AmTrust Europe Limited.

E) Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

F) Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, per le finalità di cui al precedente punto A) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli Artt. 42-45 del D.Lgs 196/2003.

G) Diritti dell'interessato

L'Art. 7 del D. Lgs 196/2003 conferisce all'interessato specifici diritti tra cui quelli di ottenere dal titolare del trattamento la conferma o meno dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante nominato ai sensi dell'Art. 5, comma 2, del decreto stesso, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato, inoltre, ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione del Decreto Legislativo, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

Infine ai sensi dell'Art. 7 comma 4 del decreto, l'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo di raccolta.

L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere espletato in ogni momento secondo quanto previsto all'Art. 8 del D. Lgs 196/2003.



H) Titolare e responsabile del procedimento

Titolare del trattamento dei dati è la Società AmTrust Europe Limited, alla quale potrà richiedere la lista dei Responsabili del trattamento dei dati personali.

VII. Clausola privacy

Il Contraente, oltre a quanto previsto nel precedente articolo Documentazione per gli assicurati, si impegna a far sottoscrivere dall'Assicurato in ogni sua parte il Modulo di Adesione in cui è contenuto il consenso al trattamento, alla comunicazione e al trasferimento anche all'estero dei dati ivi compresi i dati sensibili che riguardano l'Assicurato medesimo.

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società unicamente i Moduli di Adesione di coloro che hanno sottoscritto il consenso in merito al trattamento dei dati necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale e a tenere indenne AmTrust Europe Limited da qualsiasi danno, perdita, responsabilità o spesa si producesse a carico di AmTrust Europe Limited in conseguenza dell'inadempimento di fornire l'informativa e raccogliere il consenso così come previsto in tale contratto.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONDIZIONI di ASSICURAZIONE

A. Informativa al Contraente sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196 (Codice Privacy), la informiamo di quanto segue:

A) Finalità e modalità del Trattamento dei dati

I dati dell'interessato saranno trattati da AmTrust Europe Limited – titolare del trattamento – nonché dalla Società appartenenti al medesimo gruppo societario, per dare corso all'attività assicurativa e riassicurativa, connessa al contratto di assicurazione, nelle fasi di assunzione del rischio, della gestione del contratto e della liquidazione e per la quale la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e consisterà nelle operazioni indicate all'Art. 4, comma 1, lettera a) del D. Lgs 196/03 e sue successive modifiche e/o integrazioni

B) Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali: è necessario per dare corso all'attivazione del rapporto assicurativo e nella vigenza del contratto; è obbligatorio qualora sia richiesto da specifiche normative (quali ad esempio quelle relative all'antiriciclaggio, casellario giudiziale).

C) Rifiuto del conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, relativamente alle finalità assicurative di cui al precedente punto A) comporta l'impossibilità di proseguire il rapporto.

D) Comunicazione dei dati

I dati personale possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto A), ad altri soggetti del settore assicurativo quali, per esempio, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker e altri soggetti iscritti al registro unico degli intermediari assicurativi; periti consulenti e legali; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP e Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato; CONSAP e UCI.

In tal caso, i dati identificativi dei suddetti altri titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il Registro pubblico tenuto dal "Garante per la protezione dei dati personali" e presso i suddetti soggetti.

Inoltre i dati personali possono essere comunicati ad altre Società del medesimo gruppo societario (società controllanti, controllate o collegate anche indirettamente), a pubbliche Amministrazioni ove richiesto dalla legge, nonché a terzi fornitori di servizi informatici o di archiviazione ed al terzo incaricato dell'esecuzione dei servizi e gestione dei sinistri ed ogni altro servizio che la Società debba fornire ai termini di Polizza.

L'elenco aggiornato delle altre società alle quali saranno comunicati i Suoi dati e dei responsabili potrà essere richiesto in qualsiasi momento alla AmTrust Europe Limited

E) Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione

F) Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali forniti potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, per le finalità di cui al precedente punto A) nel rispetto della vigente normativa ed in particolare degli Artt. 42-45 del D.Lgs 196/2003

G) Diritti dell'interessato

L'Art. 7 del D. Lgs 196/2003 conferisce all'interessato specifici diritti tra cui quelli di ottenere dal titolare del trattamento la conferma o meno dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante nominato ai sensi dell'Art. 5, comma 2, del decreto stesso, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono venire comunicati o che possano venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

L'interessato, inoltre, ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione del Decreto Legislativo, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.

Infine ai sensi dell'Art. 7 comma 4 del decreto, l'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo di raccolta.

L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere espletato in ogni momento secondo quanto previsto all'Art. 8 del D. Lgs 196/2003.

H) Titolare e responsabile del procedimento

Titolare del trattamento dei dati è la Società AmTrust Europe Limited, alla quale potrà richiedere la lista dei Responsabili del trattamento dei dati personali.

B. Avviso importante

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

La presente Polizza ha durata triennale, dalle ore 24 del _____ alle ore 24 del _____ ma potrà essere rescissa al termine di ciascun Periodo di Assicurazione nei termini e nei modi previsti al successivo Articolo 14 – Durata della polizza.

C. Definizioni

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

Contraente	il soggetto che stipula e sottoscrive il contratto;
Assicurato	il personale iscritto alla Confederazione e dipendente, convenzionato e/o specializzando dell'Azienda Sanitaria e che abbia aderito alla presente Polizza per il tramite del Contraente.
Azienda Sanitaria	ciascuna Azienda Sanitaria Locale od Ospedaliera e/o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, presso la o per conto della quale l'Assicurato, ha prestato o presterà servizio.
Società	l'impresa di assicurazioni AmTrust Europe Limited
Corrispondente	Trust Risk Group SpA – Via Albricci 9 – 20122 MILANO, il broker wholesale al quale la Società ha conferito mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa alla presente Polizza nonché per l'incasso dei premi.
Broker	COVERALL Insurance Broker – Via Finocchiaro Aprile 14 – 20124 Milano, al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.
Polizza	il presente documento che è emesso, con annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni, morte o danneggiamento a cose, intendendosi per tali anche gli animali, nonché i danni ad essi conseguenti.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro o per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale della Polizza. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità della Polizza medesima. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Sinistro	la richiesta di risarcimento come di seguito definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none">• 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 mette in mora l'Assicurato o manifesta all'Assicurato di ritenerlo responsabile per colpa grave per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave con sentenza dell'Autorità competente a pronunciarsi, in ordine a tali Danni.
Modulo di adesione	il modulo costituente prova dell'adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso.

ARTICOLO 1 – FORMA DELL'ASSICURAZIONE – RETROATTIVITA'

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*" ossia è resa attiva solo quando la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di decorrenza dell'assicurazione o accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di decorrenza di adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato.

ARTICOLO 2 - MASSIMALE

L'assicurazione è prestata, per ciascun **Periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato**, fino alla concorrenza del Massimale di € **5.000.000,00** (cinquemilioni/00).

ARTICOLO 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto ed alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società presta l'assicurazione fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo 1 e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi, inclusi i pazienti, nel caso di:

- azione di surrogazione esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL;
- azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria in conseguenza di danni erariali nei casi previsti dalla legge;
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato.

Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste di risarcimento.

L'assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile dell'Assicurato per danni cagionati a terzi in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita. In tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000,00 (unmilione/00).

Resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico dell'Azienda Sanitaria ad esclusione di quanto previsto al capoverso che precede.

ARTICOLO 4 – GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

In caso di sinistro per il quale è operativa l'assicurazione, la Società assume fino al termine di tutti i gradi del giudizio la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

La Società risponde in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali così sostenute.

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

ARTICOLO 5 – PERSONE NON CONSIDERATE TERZE

Non sono considerati terzi il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive.

ARTICOLO 6 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Azienda Sanitaria, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada ed i territori sotto la loro giurisdizione.

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

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

ARTICOLO 7 – PRECISAZIONE SUI RISCHI ASSICURATI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività connesse alla qualifica dell'Assicurato dichiarata dallo Stesso nel Modulo di Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso le Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente e/o specializzando esclusivamente di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici).

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

ARTICOLO 8 - ESCLUSIONI

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

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



Sono parimenti esclusi i danni:

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

- a) le conseguenze di 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;
- b) derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, diagnostici e sperimentazione;
- c) derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- d) i danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- e) alle cose mobili ed immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- f) da furto o da danneggiamenti a cose causati da incendio, esplosione o scoppio;
- g) i danni 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;
- h) i danni 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;
- i) le perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria che abbia causato un danno

ARTICOLO 9 - RESPONSABILITA' SOLIDALE

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

ARTICOLO 10 – ESTENSIONE NEL CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'

Se prima o durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato è venuta a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato, entro i termini di retroattività convenuti, continua ad essere coperta fino al termine dell'annualità in corso.

Entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza di detta data, nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili, con le medesime modalità di adesione alla Polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo pari ad una annualità di premio corrispondente all'ultima mansione svolta, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquisire l'estensione della garanzia assicurativa per la durata di un ulteriore anno a copertura delle Richieste di Risarcimento portate per iscritto a conoscenza dell'Assicurato durante tale periodo purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di effetto della presente estensione di garanzia.

ARTICOLO 11 – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento del rischio (articolo 1898 C.C.) per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto alla Società.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una qualifica assicurabile con la presente Polizza, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere alla tempestiva comunicazione alla Società e, con effetto dalla prima scadenza utile, all'aggiornamento dell'eventuale maggior premio assicurativo dovuto.

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

ARTICOLO 12 – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro i 30 (trenta) giorni successivi a tale data altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se il Contraente non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della data di scadenza del Periodo di Assicurazione e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ARTICOLO 13 – ONERI FISCALI

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

ARTICOLO 14 - DURATA DEL CONTRATTO

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

Al termine della durata sopra indicata, previo accordo tra le Parti, è data facoltà di rinnovo del presente contratto per un altro periodo triennale.

ARTICOLO 15 – COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'articolo 1910 del C.C. 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.

ARTICOLI 16 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Ferma restando le definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e "Sinistro", l'Assicurato è tenuto a denunciare, anche per il tramite del broker, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

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

Pertanto :

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

non determina l'obbligo di denuncia di 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.

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 della Società, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

ARTICOLO 17 – 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 il Contraente che la Società possono recedere dalla Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

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

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

ARTICOLO 18 – SURROGAZIONE

La Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

ARTICOLO 19 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONE DELLA POLIZZA

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

ARTICOLO 20 – GESTIONE DELLA POLIZZA

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

E' convenuto pertanto che:

- a) ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta al Contraente;
- b) ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dal Contraente.

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker.

La Società conferisce al Corrispondente "Trust Risk Group SpA" con sede in Via Albricci 9 – 20122 MILANO (broker wholesale), mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa alla presente Polizza compreso l'incasso dei premi.

Pertanto si conviene che:

- a) ogni comunicazione fatta al Corrispondente sarà considerata come fatta alla Società;
- b) ogni comunicazione fatta dal Corrispondente sarà considerata come fatta dalla Società.

Relativamente ai sinistri la Società ha designato per la gestione, trattazione e definizione dei sinistri, in nome e per conto della stessa, la società MCM Claims Management Srl, Centro Direzionale Isola C/2 – 80143 NAPOLI.

ARTICOLO 21 - MODALITA' DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA

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

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

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

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

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

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

L'Assicurato in caso di eventuali cambiamenti di Azienda Sanitaria di appartenenza avvenuti nel Periodo di Assicurazione dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente alla Società per il tramite del Contraente e la Società potrà valutare il prosieguo o meno della garanzia.

ARTICOLO 22 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO

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

Nel caso in cui la data della prima adesione alla Polizza da parte dell'Assicurato non coincida con la data di decorrenza della stessa o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza, il premio dovuto è determinato in ragione di un rateo mensile di 1/12 (un dodicesimo) con il minimo del 50% del premio annuo.

Tabella premi

cod.	qualifica dell'Assicurato	premio annuo	di cui imposte
01	Direttore Generale	€ 879,00	€ 159,98
02	Direttore Sanitario e Sociale	€ 879,00	€ 159,98
03	Dirigente Medico, Dirigente Medico Veterinario e Medico Universitario	€ 479,00	€ 87,18
04	Componente del Comitato Etico	€ 479,00	€ 87,18
05	Direttore Amministrativo	€ 479,00	€ 87,18
06	Dirigente Sanitario non Medico	€ 334,00	€ 60,79
07	Medico convenzionato	€ 334,00	€ 60,79
08	Medico Specialista in formazione	€ 334,00	€ 60,79
09	Altro personale del comparto	€ 120,00	€ 21,89
10	Cessata attività (articolo 10 – estensione di garanzia)	//	

Qualora in uno o più anni dei 10 (dieci) anni antecedenti la data di adesione alla Polizza (Retroattività di cui all'Art. 1 delle Condizioni di Assicurazione) l'attività svolta dall'Assicurato sia ascrivibile ad una qualifica diversa da quella ascrivibile alla data di adesione, la qualifica e il premio annuo dovuto dovranno corrispondere alla qualifica con premio annuo più elevato

ARTICOLO 23 – PRECISAZIONI SULL'OPERATIVITA' DELLA GARANZIA

La presente Polizza opera unicamente per le professioni e le specializzazioni, svolte dall'Assicurato alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale, coerenti con la qualifica indicata nel Modulo di Adesione alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

Inoltre premesso che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti con l'Azienda Sanitaria presso la quale, è svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la Stessa Azienda Sanitaria è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;

ciò premesso, l'assicurazione di cui alla presente Polizza non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di Polizza specificatamente predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali all'uopo deliberati, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

ARTICOLO 24 – RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

ARTICOLO 25 – FORO COMPETENTE

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

ARTICOLO 26 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle Condizioni in esso contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti, valgono le norme di legge.

La Società

Il Contraente

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

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

Il Contraente

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

ELEZIONE DI DOMICILIO

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, la società Am Trust Europe Limited elegge domicilio presso:

MCM Medmal Claims Management Srl

Sede legale: Centro Direzionale IS C/2, 80143 NAPOLI
Tel. 0810168501 Fax 0810168502 Partita Iva e/o Codice Fiscale 06530661211

La Società

Il Contraente