

TUTELA PROFESSIONE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI AL PATRIMONIO DEL PROFESSIONISTA. RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E ALTRE GARANZIE.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1

Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI AL PATRIMONIO DEL PROFESSIONISTA. RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E ALTRE GARANZIE

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma – Italia. Tel 06/3018.1 - fax 06/80210.831- www.groupama.it; info@groupama.it– PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS, appartenente al Gruppo Groupama, iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi presso lo stesso Ente al n. G0056, ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. -Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto della Società ammonta a 519,3 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 204,3 e a 315 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II", al 31/12/2017 sono pari a: 148,30% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 308,96% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

La disdetta, ovvero la comunicazione che il contraente deve fare all'assicuratore per evitare che il contratto si rinnovi, dovrà essere esercitata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto stesso, mediante lettera raccomandata da inviare all'agenzia o alla società. In mancanza di disdetta, esercitata nei tempi e nelle modalità indicate, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così successivamente.

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 4.9 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

Tutela professioni assicura la **Responsabilità Civile** derivante all'assicurato dall'esercizio della sua attività professionale. Tiene, quindi, indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, perchè civilmente responsabile, per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali,

deterioramento e distruzione di cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza. Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 1.1 delle condizioni di assicurazione.

Il contratto di assicurazione contiene limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, nonché condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia agli articoli 1.1, 1.3, da 2.1 a 2.7, 3.2, 4.7, 4.8, 4.9, 4.10 alle Condizioni aggiuntive A) Esclusione dell'attività intramuraria ed extramuraria, B) Danni derivanti da Implantologia odontoiatrica, D) Danni estetici e fisionomici causati da chirurghi esercenti la chirurgia estetica e medici dermatologi, F) attività di medico specializzando, G) Odontotecnici, H) Dipendenti enti ospedalieri pubblici (secondo rischio), I) e J) Garanzia pregressa illimitata, K) estensione di garanzia alle perdite patrimoniali per medici legali e medici delle assicurazioni , L) Veterinari – Animali in custodia delle condizioni di assicurazione.

Il contratto contiene, inoltre, franchigie, scoperti e massimali; per gli aspetti di dettaglio, si rinvia all'articolo 2, e alle condizioni aggiuntive B), D), H), K) delle condizioni di assicurazione. Per una miglior comprensione, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il meccanismo di funzionamento.

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo. Solitamente viene espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata. Funzionamento: alla somma spettante a titolo di indennizzo o risarcimento si sottrae l'importo della franchigia previsto dalle condizioni di assicurazione.

Ad esempio, se l'indennizzo è quantificabile in € 1.000,00, e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia di € 200,00, la somma spettante all'assicurato sarà pari ad € 800,00 così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00.
Rimarranno, quindi, a carico dell'assicurato € 200,00.

Lo scoperto è una parte di danno che resta a carico dell'assicurato, e si esprime non in cifra assoluta, ma con una percentuale da calcolare sul danno. Anche lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Ad esempio, se il danno è quantificabile in € 10.000,00, ma le condizioni di assicurazione prevedono uno scoperto del 10% del danno, la somma spettante all'assicurato sarà € 9.000,00 così determinata:

danno = € 10.000,00;

percentuale di scoperto prevista nelle condizioni di assicurazione = 10%;

scoperto = percentuale di scoperto prevista nelle condizioni di assicurazione applicata sul danno = 10% di € 10.000,00 = € 1.000,00;

danno (€ 10.000,00) – scoperto (€ 1.000,00) = somma spettante (€ 9.000,00).

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno. Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Ad esempio, se il danno è € 1.000.000,00, ma il massimale previsto dalle condizioni di assicurazione è di € 500.000,00, l'assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma, ovvero € 500.000,00. In questo caso rimarrà a carico dell'assicurato la differenza di € 500.000,00:

€ 1.000.000,00 (massimale) -€ 500.000,00 (danno) = -€ 500.000,00 (differenza a carico dell'assicurato)

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Le conseguenze sono descritte all'articolo 4.1 delle condizioni di assicurazione, a cui si rinvia.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. La mancata comunicazione può comportare conseguenze sulla prestazione, per il dettaglio delle quali, si rinvia agli articoli 4.5 e 4.6 delle condizioni di assicurazione. A titolo esemplificativo, una circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio potrebbe essere costituita da una variazione della professione dell'assicurato da Medico generico a Medico chirurgo esercente la chirurgia estetica.

6. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo. Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali, con l'applicazione dell'aumento del 3%.

Esiste la possibilità che siano applicati sconti di premio da parte dell'impresa. Tali sconti potranno essere applicati da parte dell'intermediario in considerazione della situazione di fidelizzazione del contraente come cliente.

7. Rivalse

La rivalsa è un diritto dell'assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando l'impresa, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno, la restituzione dell'intera somma corrisposta, o di parte di essa.

Per questa tipologia di garanzie non è operante.

8. Diritto di recesso

Il contraente e l'impresa hanno il diritto di recedere dal contratto di assicurazione. Per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto si rinvia agli articoli 4.7 e 4.9 delle condizioni di assicurazione.

Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c.

9. 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'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo abbia richiesto il risarcimento all'Assicurato o abbia promosso a tal fine contro di lui un'azione giudiziaria.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Responsabilità Civile Diversi sono soggetti ad aliquota pari a 22,25%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

In caso di sinistro, il contraente o l’assicurato devono darne avviso all’agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla società, ai sensi dell’articolo 1913 c.c., entro 15 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. Le eventuali spese per l’accertamento del danno sono a carico della Società, ove non diversamente contrattualizzato. Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 3.1 e 3.2 delle condizioni di assicurazione.

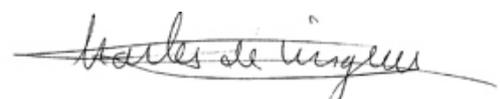
13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. -Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210979 - E-mail: reclami@groupama.it. Qualora l’Esponente non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all’IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 -00187 Roma -fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l’esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l’impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all’IVASS, che provvederà lei stessa all’inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell’Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell’esponente di adire l’Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del nostro al sito www.groupama.it.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Charles de Tinguy



GLOSSARIO

Accessori

Rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Agente

Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione

Aggravamento (del rischio)

Si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipulazione del contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio. L'assicurato ha l'obbligo di segnalare immediatamente l'avvenuto aggravamento del rischio all'assicuratore.

Arbitrato

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione del contratto di assicurazione, con apposita clausola.

Assicurato

soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione (attività assicurativa)

Operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto (naturalmente o per disposizione di legge).

Assicurazione a primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'assicuratore si impegna a indennizzare il danno verificatosi fino a concorrenza del valore assicurato, indipendentemente dall'effettivo valore globale dei beni. Non si applica dunque, con questa forma di assicurazione, la cosiddetta regola proporzionale (articolo 1907 c.c.).

Assicurazione a valore intero

Forma di assicurazione per la quale il valore assicurato deve corrispondere al valore dei beni assicurati. Nel caso in cui quest'ultimo sia superiore al primo, si applica la regola proporzionale, per cui l'assicuratore indennizza il danno solo proporzionalmente al rapporto tra valore assicurato e valore dei beni.

Beneficiario

persona fisica o giuridica alla quale deve essere corrisposta la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Broker (mediatore) di assicurazione

intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione

Carenza (periodo di)

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. Tale concetto trova applicazione solo in alcune forme di assicurazione ad esempio assicurazioni malattia.

Caricamenti (v. Accessori)

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può o meno coincidere con l'assicurato.

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale l'assicuratore, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Danno

Pregiudizio subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dalla vittima del fatto illecito in conseguenza di un sinistro.

Decorrenza della garanzia

Data a partire dalla quale la garanzia assicurativa diviene concretamente efficace.

Denuncia di sinistro

Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'agente a seguito di un sinistro.

Dichiarazioni precontrattuali

informazioni fornite dal contraente e/o dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente e/o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente e/o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diminuzione (del rischio)

Si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula di un contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso. Se l'assicuratore viene informato dell'avvenuta diminuzione del rischio, è tenuto a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione stessa.

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.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Fascicolo informativo

Insieme dei documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto e che lo aiutano ad entrare in possesso di tutte le informazioni utili ad una valutazione completa del prodotto che gli viene offerto.

Fondo di garanzia per le vittime della strada

Fondo gestito dalla CONSAP, costituito per risarcire i danni causati da mezzi rimasti non identificati, oppure risultanti non assicurati, o assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa. In ciascuna regione (o gruppo di regioni) viene designata una impresa per la liquidazione dei danni.

Franchigia

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Franchigia Assoluta

Somma che rimane a carico dell'assicurato a prescindere dall'entità del danno.

Franchigia relativa

Somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla franchigia.

Impresa di assicurazione

società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Indennizzo

Somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato in caso di sinistro.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Margine di solvibilità

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa.

Massimale

La somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Se i danni procurati sono superiori a tale somma la differenza resta a carico del diretto responsabile

Nota informativa

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione.

Periodo di assicurazione

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa.

Polizza

È il documento che prova l'assicurazione.

Premio

Il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Principio indennitario

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione

Elemento fondamentale del rapporto di agenzia per il quale, a fronte dell'obbligazione in capo all'agente di svolgere l'attività diretta alla conclusione dei contratti, corrisponde l'obbligazione in capo al preponente (impresa di assicurazione) di corrispondergli il relativo compenso per gli affari che hanno avuto regolare esecuzione.

Questionario anamnestico

Detto anche questionario sanitario, è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento di una somma e rilasciata dal percettore della stessa. L'assicuratore rilascia quietanza del pagamento del premio da parte del contraente; l'assicurato o il terzo danneggiato rilasciano quietanza del pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

Risarcimento

Somma che il responsabile è tenuto a versare per risarcire il danno da lui causato o, comunque riconducibile alla sua responsabilità.

Rischio

La probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Riserve tecniche

Somme che le imprese di assicurazione devono accantonare ed iscrivere nel proprio bilancio per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e di persone terze danneggiate.

Rivalsa

Diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

Scoperto

Lo scoperto è la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno. Lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Somma assicurata

Importo nei limiti del quale l'assicuratore si impegna a fornire la propria prestazione.

Valore a nuovo

Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

Valore allo stato d'uso

Valore della cosa materiale nelle condizioni in cui si trova al momento del sinistro.

Valore assicurato

Rappresenta la misura dell'interesse sottoposto ad assicurazione.

TUTELA Professione



- CASA
- AUTO
- SALUTE
- RISPARMIO
- PROTEZIONE
- PREVIDENZA
- LAVORO

Condizioni di assicurazione
Polizza di responsabilità civile professionale
del Medico e dell'Operatore Sanitario

| | |
|--|-----------|
| Normativa Contrattuale | 2 |
| Terminologia Contrattuale | 2 |
| Condizioni Generali di Assicurazione | 3 |
| Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione | 3 |
| 1.1 - <i>Responsabilità civile professionale nei confronti di terzi</i> | 3 |
| 1.2 - <i>Riferimenti di legge</i> | 3 |
| 1.3 - <i>Stato di necessità</i> | 3 |
| Art. 2 - Delimitazioni dell'Assicurazione | 3 |
| 2.1 - <i>Inizio della garanzia</i> | 3 |
| 2.2 - <i>Termine della garanzia</i> | 5 |
| 2.3 - <i>Proseguo copertura per cessazione attività</i> | 5 |
| 2.4 - <i>Delimitazione territoriale</i> | 6 |
| 2.5 - <i>Persone non considerate terzi</i> | 6 |
| 2.6 - <i>Rischi esclusi dall'assicurazione</i> | 6 |
| 2.7 - <i>Limiti di risarcimento</i> | 7 |
| Art. 3 - Denuncia e liquidazione dei sinistri | 8 |
| 3.1 - <i>Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro</i> | 8 |
| 3.2 - <i>Gestione delle vertenze - Spese di resistenza</i> | 8 |
| Art. 4 - Norme che regolano l'assicurazione in generale | 8 |
| 4.1 - <i>Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio</i> | 8 |
| 4.2 - <i>Altre assicurazioni</i> | 8 |
| 4.3 - <i>Pagamento del premio e decorrenza della garanzia</i> | 8 |
| 4.4 - <i>Modifiche dell'assicurazione</i> | 8 |
| 4.5 - <i>Aggravamento del rischio</i> | 9 |
| 4.6 - <i>Diminuzione del rischio</i> | 9 |
| 4.7 - <i>Recesso in caso di sinistro</i> | 9 |
| 4.8 - <i>Adeguamento del massimale e del premio</i> | 9 |
| 4.9 - <i>Proroga dell'assicurazione</i> | 9 |
| 4.10 - <i>Oneri fiscali</i> | 9 |
| 4.11 - <i>Rinvio alle norme di legge</i> | 9 |
| 4.12 - <i>Questionario</i> | 9 |
| Condizioni Aggiuntive | 10 |
| A Esclusione attività intramuraria o extramuraria | 10 |
| B Danni derivanti da implantologia odontoiatrica | 10 |
| C Danni estetici e fisionomici causati da chirurghi non esercenti la chirurgia estetica | 10 |
| D Danni estetici e fisionomici causati da chirurghi esercenti la chirurgia estetica e medici dermatologi | 10 |
| E Estensione all'attività di primario | 10 |
| F Attività di medico specializzando | 10 |
| G Odontotecnici | 10 |
| H Dipendenti di enti ospedalieri pubblici (secondo rischio) | 11 |
| I Garanzia pregressa illimitata - Professionisti che non sono mai stati assicurati | 12 |
| J Garanzia pregressa illimitata - Professionisti che sono stati assicurati con altri assicuratori, per il medesimo rischio | 12 |
| K Estensione di garanzia alle perdite patrimoniali per medici legali, medici del lavoro e delle assicurazioni | 12 |
| L Veterinari - Animali in custodia | 12 |

Normativa Contrattuale

Terminologia Contrattuale

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Cose

Sia gli oggetti materiali che gli animali.

Franchigia

La parte di danno risarcibile per morte, lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose e/o perdite patrimoniali espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Perdite patrimoniali

Il pregiudizio economico, risarcibile a termini di polizza, che *non* sia conseguenza di morte, lesioni personali e distruzione o deterioramento di cose.

Polizza

Il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Scoperto

La parte di danno risarcibile per morte, lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose e/o perdite patrimoniali espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società

Groupama Assicurazioni S.p.A..

Normativa Contrattuale

Condizioni Generali di Assicurazione

Articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione

1.1 - Responsabilità civile professionale nei confronti di terzi

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile, ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, compresi i clienti, per morte, lesioni personali, distruzione e deterioramento di cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza.

L'assicurazione vale per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto, anche doloso, dei suoi dipendenti.

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante:

- a) dall'impiego di apparecchi a raggi X e altre tecniche d'immagine per scopi diagnostici e dall'uso di apparecchiature per terapia radiante limitatamente ai medici radiologi;
- b) dall'uso di apparecchi per la diatermia ed elettroterapia;
- c) dall'effettuazione di piccoli interventi chirurgici ambulatoriali, anche quando la professione dichiarata non preveda l'esercizio della chirurgia;
- d) dallo svolgimento da parte dell'Assicurato medico dell'attività, compresa quella di medico competente, prevista e disciplinata dal D. LGS. N° 626 del 19/9/1994, purché in possesso dei requisiti previsti dalla legge stessa.

► Si tratta della legge riguardante la sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

La garanzia comprende inoltre la responsabilità civile derivante dalla inosservanza delle disposizioni del D.lgs. n. 196/03, alle seguenti condizioni:

- 1) completo adempimento da parte del Titolare e/o Responsabile delle misure di sicurezza disposte dalla legge o dagli atti normativi ad essa connessi;
- 2) attività di trattamento dei dati limitata a quella strettamente strumentale allo svolgimento dell'attività professionale esercitata, rimanendo comunque esclusi dalla garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
- 3) limitazione della copertura alle perdite patrimoniali rimanendo quindi esclusi i danni conseguenti a lesioni personali, morte, distruzione o deterioramento di cose.

► Si tratta della cosiddetta legge sulla "privacy".

1.2 - Riferimenti di legge

L'assicurazione opera purché l'attività sia svolta nei termini delle norme di legge che la regolano.

1.3 - Stato di necessità

L'assicurazione comprende i danni involontariamente cagionati a terzi anche quando l'opera professionale prestata dall'Assicurato non rientra nell'ambito della specifica attività dichiarata in polizza, purché si tratti di azione compiuta in stato di comprovata necessità allo scopo di salvare dal pericolo di un danno grave la persona.

Articolo 2 - Delimitazioni dell'assicurazione

2.1 - Inizio della garanzia

a) Professionisti che non sono mai stati assicurati

La presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato non oltre

tre anni prima della data di effetto dell'assicurazione, non noti all'Assicurato stesso prima della stipulazione della polizza.

I comportamenti colposi posti in essere prima della data di effetto della polizza sono assicurati unicamente se le relative richieste di risarcimento sono presentate all'Assicurato dopo centottanta giorni dalla data stessa. Per tali casi, in deroga all'art. 2.7 (Limiti di risarcimento), il massimo esborso della Società, per una o più richieste di risarcimento, in qualunque momento presentate durante la vigenza della polizza, non potrà superare l'ammontare di Euro 1.000.000,00 mentre per le cause indicate all'Art. 2.7 a) e b) esso sarà il minore tra il massimale indicato sul modulo di polizza e quello corrispondente a Euro 500.000,00.

La garanzia è prestata ai sensi degli articoli 1892,1893 e 1894 del Codice Civile sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato di non essere a conoscenza di atti o fatti che possono comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.

b) Professionisti che sono stati assicurati con altro assicuratore, per il medesimo rischio

1) con polizza che copriva le richieste di risarcimento presentate durante il periodo di efficacia della stessa.

La presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato non oltre tre anni prima della data di effetto dell'assicurazione, non noti all'Assicurato stesso prima della stipulazione della polizza. Resta comunque inteso che, per i comportamenti colposi posti in essere prima della data di effetto della polizza, in deroga all'art. 2.7 (Limiti di risarcimento), il massimo esborso della Società, per una o più richieste di risarcimento, in qualunque momento presentate durante la vigenza della polizza, non potrà superare l'ammontare di Euro 1.000.000,00, mentre per le cause indicate all'Art. 2.7 a) e b) esso sarà il minore tra il massimale indicato sul modulo di polizza e quello corrispondente a Euro 500.000,00.

La garanzia è prestata ai sensi degli articoli 1892,1893 e 1894 del Codice Civile sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato di non essere a conoscenza di atti o fatti che possono comportare richieste di risarcimento a termini di polizza;

2) con polizza che copriva i comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di efficacia della stessa.

La presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato durante il periodo di validità della presente polizza.

I sinistri dovuti a comportamenti colposi posti in essere precedentemente all'effetto della presente assicurazione non sono risarcibili dalla stessa.

c) Professionisti che sono stati assicurati con altra polizza emessa dalla Società

1) con polizza che copriva le richieste di risarcimento presentate durante il periodo di efficacia della stessa.

Qualora la presente polizza sostituisca senza soluzione di continuità altra polizza, precedentemente stipulata con la Società per il medesimo rischio, che copriva le richieste di risarcimento presentate durante la sua validità, le Parti convengono che, relativamente alle richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della presente polizza, i reciproci rapporti saranno regolati esclusivamente dalla presente polizza e rinunciano ad ogni diritto derivante dalla polizza sostituita. La presente assicurazione è stipulata in base alla dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza di comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità della polizza sostituita, che comportino richieste di risarcimento in base alla presente polizza.

In caso di dichiarazione inesatta, e purché l'Assicurato non abbia agito con dolo, si applicheranno le condizioni tutte della polizza sostituita.

2) con polizza che copri i comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di efficacia della stessa.

Qualora la presente assicurazione sostituisca senza soluzione di continuità altra assicurazione precedentemente stipulata con la Società per il medesimo rischio che copri i comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di efficacia della stessa, la presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di efficacia della stessa, relative a comportamenti colposi posti in essere durante lo stesso periodo.

I sinistri dovuti a comportamenti colposi posti in essere durante la validità della polizza sostituita saranno regolati dalle norme contenute nella stessa.

2.2 - Termine della garanzia

Sono escluse dalla garanzia le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato successivamente alla cessazione della presente assicurazione per qualsiasi motivo, anche se il comportamento colposo è stato posto in essere durante o prima del periodo di validità della stessa.

Qualora il Contraente sia uno studio professionale, l'uscita dallo studio stesso di uno o più professionisti, per motivi diversi dalla cessazione dell'attività, determina l'esclusione dalla garanzia delle richieste di risarcimento pervenute successivamente alla data di uscita dallo studio stesso, per comportamenti colposi di tale o tali professionisti anche se essi sono stati posti in essere durante o prima del periodo in cui il professionista o i professionisti ha o hanno fatto parte dello studio. La Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, corrispondente al periodo di assicurazione non corso relativo al professionista uscente.

Al professionista uscente che stipuli una polizza con la Società si applicano le norme contenute ai punti c)1) o c)2) dell'Art. 2.1. Resta inteso che la eventuale parte di responsabilità in capo ad Assicurati non uscenti dallo studio per sinistri di cui sono responsabili anche professionisti usciti dallo studio stesso, continua ad essere assicurata dalla presente polizza alle condizioni da essa previste.

2.3 - Prosieguo copertura per cessazione dell'attività

In deroga all'Art. 2.2 in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), malattia, infortunio o morte, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Società entro un periodo di tempo pari a quello in cui è rimasto in corso un rapporto assicurativo continuativo con la Società, con il massimo di cinque anni, dalla scadenza anniversaria di polizza, successiva alla cessazione dell'attività. Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle Condizioni Generali di Assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Società per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza anniversaria di polizza, successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni Generali.

L'operatività di questa estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- 1) che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi eredi entro 15 giorni dalla scadenza anniversaria di polizza, successiva alla cessazione dell'attività;
- 2) che l'Assicurato o i suoi eredi si impegnino a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;
- 3) che l'Assicurato o i suoi eredi dichiarino ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.

Qualora ricorrano le citate condizioni, l'Assicurato o i suoi eredi, per rendere operativa la presente estensione di garanzia, dovranno versare un premio pari all'ultimo premio annuo corrisposto in caso di prosieguo copertura di durata fino a due anni e pari al doppio dell'ultimo premio annuo corrisposto in caso di prosieguo copertura di durata superiore a due anni e fino a cinque anni.

Qualora non ricorrano le citate condizioni, la Società si riserva di valutare la richiesta e, nel caso di accettazione, di declinare le condizioni di premio che l'Assicurato o i suoi eredi dovranno versare per rendere operativa la presente estensione di garanzia. Al termine di tale prolungamento, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi eredi, la Società si riserva di valutare la richiesta di prolungare ulteriormente la garanzia e, nel caso di accettazione, di declinare le condizioni di premio che l'Assicurato o i suoi eredi dovranno versare per tale prolungamento.

L'estensione di garanzia avverrà mediante emissione di una nuova polizza, con Allegato riportante le condizioni di copertura, avente effetto dalla scadenza anniversaria successiva alla cessazione dell'esercizio della attività professionale e durata corrispondente a quella applicabile in base alle norme suindicate.

2.4 - Delimitazione territoriale

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dell'Unione Europea, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di S. Marino, in Albania, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Croazia, Islanda, Liechtenstein, Macedonia, Moldavia, Montenegro, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco, Serbia, Russia, Svizzera, Turchia, Ucraina.

2.5 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) i dipendenti dell'Assicurato e le persone di cui l'Assicurato stesso deve rispondere, che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- c) le società ed in genere le persone giuridiche nelle quali l'Assicurato o le persone indicate alla lettera a) rivestano la qualifica di socio illimitatamente responsabile, amministratore o ne esercitano il controllo.

2.6 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non vale se al momento del compimento del fatto accidentale colposo che ha originato il sinistro, l'Assicurato non era iscritto, ove previsto, al relativo Albo professionale, Collegio, Ruolo, Registro o simili o non era in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio della attività professionale indicata in polizza.

L'assicurazione non vale inoltre per i danni per morte, lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose o per le perdite patrimoniali:

- a) di natura estetica e fisionomica;
- b) conseguenti ad implantologia odontoiatrica;
- c) derivanti dalla prescrizione o applicazione di metodi aventi finalità anticoncezionali salvo il caso di morte e lesioni personali;
- d) derivanti da pratiche di procreazione assistita salvo il caso di morte e lesioni personali;
- e) derivanti dalla permanenza dello stato di gravidanza a seguito dell'esecuzione di tecniche di interruzione volontaria di gravidanza;
- f) dovuti ad uso di apparecchiature per terapia radiante salvo che siano usate da medici radiologi;
- g) derivanti dalla proprietà e/o conduzione dello studio professionale;
- h) da circolazione di veicoli a motore riconducibili a rischi di responsabilità civile, per i quali, conformemente alle norme previste dalla legge n. 990 del 24/12/1969 e dal relativo regolamento di esecuzione, sia obbligatoria l'assicurazione;
- i) derivanti dalla proprietà ed uso di:
 - 1) unità naviganti a vela con motore ausiliario e a motore;
 - 2) aeromobili;
- j) derivanti da furto, rapina e incendio di cose;
- k) a cose detenute a qualsiasi titolo dall'Assicurato;
- l) dovuti ad inquinamento, infiltrazione, contaminazione di aria, acqua, suolo; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere,

- di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- m) dovuti a detenzione o impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche. Sono inoltre esclusi i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - n) derivanti da mancato, errato, inadeguato funzionamento del sistema informatico e/o qualsiasi impianto, apparecchiatura, componente elettronica, firmware, software, hardware in ordine alla corretta identificazione e gestione delle date;
 - o) derivanti da rimborso ai clienti di quanto da essi corrisposto all'Assicurato a titolo di compenso professionale;
 - p) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivantegli dalla legge;
 - q) derivanti dall'esercizio dell'attività di primario ospedaliero e direttore sanitario;
 - r) derivanti dallo svolgimento delle attività previste e disciplinate dal D. Lgs. 19/9/1994, n° 626, salvo quanto previsto all'art. 1.1, punto d);
 - s) derivanti dallo svolgimento di attività non rientranti nelle competenze professionali stabilite dalle leggi e dai regolamenti relativi alla professione per la quale è prestata l'assicurazione;
 - t) causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.

Sono altresì esclusi gli importi che l'Assicurato sia tenuto a pagare a carattere sanzionatorio o punitivo (es. punitive or exemplary damages).

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

2.7 - Limiti di risarcimento

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza per ciascun sinistro. A tal fine, più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo sono considerate unico sinistro. In caso di più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo, la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente.

In deroga a quanto sopra, per i danni involontariamente cagionati a terzi, compresi i clienti, direttamente o indirettamente attribuibili:

- a) all'HIV (virus da immunodeficienza umana) e/o qualunque malattia collegata all'HIV incluso l'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita e/o fattori derivanti da mutazioni o variazioni di qualunque genere da essi provocati);
- b) al virus C e al virus DELTA;

l'assicurazione è prestata fino alla concorrenza di metà del massimale indicato in polizza per ciascun sinistro fermo restando che più richieste di risarcimento originate dallo stesso comportamento colposo saranno considerate unico sinistro.

Resta inteso, comunque, che il massimo risarcimento per uno stesso periodo assicurativo annuo non potrà superare complessivamente per sinistri di cui ai punti a) e b) suindicati, l'importo di Euro 500.000,00.

Resta inoltre inteso che, per i sinistri derivanti dall'inosservanza della legge n. 675 del 31/12/1996, il massimo risarcimento per uno stesso periodo assicurativo annuo non potrà superare complessivamente l'importo di Euro 500.000,00 e che per ciascuno di tali sinistri sarà applicata una franchigia di Euro 2.500,00.

In ogni caso i limiti di risarcimento rappresentano il massimo esborso a carico della Società anche nel caso in cui un sinistro determini la responsabilità di più professionisti assicurati con la presente polizza.

Articolo 3 - Denuncia e liquidazione dei sinistri

3.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (articolo 1913 del Codice Civile).

Devono inoltre far seguito, nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del sinistro di cui l'Assicurato o il Contraente sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro successivamente a lui pervenuti.

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

3.2 - Gestione delle vertenze - Spese di resistenza

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

La Società ha il diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende inflitte all'Assicurato, né delle spese di giustizia penale.

Articolo 4 - Norme che regolano l'assicurazione in generale

4.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

4.2 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile).

4.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati presso l'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure presso la sede della Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

4.4 - Modifiche dell'assicurazione

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

4.5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (articolo 1898 del Codice Civile).

4.6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (articolo 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

4.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

Nel solo caso di recesso da parte della Società, questa, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso medesimo, rimborsa la parte di premio, al netto della imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

La riscossione dei premi venuti a scadere dopo la denuncia del sinistro ed il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società a valersi della facoltà di recesso.

4.8 - Adeguamento del massimale e del premio

Si conviene che, ad ogni scadenza annuale, il massimale ed il premio saranno aumentati in misura costante del 5% (cinque per cento) sugli importi iniziali. Dopo che si siano verificati almeno cinque adeguamenti, è facoltà di ciascuna delle Parti di rinunciare a quelli successivi.

La rinuncia deve essere comunicata con lettera raccomandata, spedita almeno 90 giorni prima della scadenza del premio annuale ed avrà effetto dalla rata successiva a quella della comunicazione.

4.9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

4.10 - Oneri fiscali

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

4.11 - Rinvio alle norme di legge

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

4.12 - Questionario

L'assicurazione è stipulata sulla base delle informazioni fornite dal Contraente e/o Assicurato tramite Questionario, qualora richiesto, che forma parte integrante dell'assicurazione stessa, anche ai fini degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Valide se richiamate sul modulo di polizza apponendo una croce alla Configurazione di rischio prescelta.

Condizioni aggiuntive

A) *Esclusione attività intramuraria ed extramuraria*

L'assicurazione è prestata in base alla dichiarazione dell'Assicurato di svolgere la propria attività a "tempo pieno" presso un ente ospedaliero pubblico.

La presente assicurazione non vale per l'attività libero-professionale intramuraria ed extramuraria.

B) *Danni derivanti da implantologia odontoiatrica*

In deroga dell'art. 2.6, punto b), l'assicurazione vale anche per i danni conseguenti ad interventi di implantologia odontoiatrica.

Tale estensione di garanzia è prestata con uno scoperto a carico dell'Assicurato del 10% dell'importo di ogni sinistro con il minimo di Euro 1.000,00 e comunque con esclusione dalla garanzia delle eventuali pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

C) *Danni estetici e fisionomici causati da chirurghi non esercenti la chirurgia estetica*

Premesso che l'Assicurato dichiara di non esercitare la chirurgia estetica, a parziale deroga dell'art. 2.6, punto a), l'assicurazione vale anche per i danni di natura estetica e fisionomica conseguenti ad interventi chirurgici di altro tipo, compresi quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali, infortunistiche o quelli di chirurgia restauratrice di cicatrici post-operatorie.

D) *Danni estetici e fisionomici causati da chirurghi esercenti la chirurgia estetica e medici dermatologi*

Premesso che l'Assicurato dichiara di esercitare la chirurgia estetica o di svolgere l'attività di medico dermatologo, a parziale deroga dell'art. 2.6, punto a), l'assicurazione vale anche per i danni di natura estetica e fisionomica purché determinati dall'errore tecnico dell'intervento o della cura.

Tale estensione di garanzia è prestata con uno scoperto a carico dell'Assicurato del 10% dell'importo di ogni sinistro con il minimo di Euro 2.500,00 e comunque con esclusione dalla garanzia delle eventuali pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

E) *Estensione all'attività di primario*

A parziale deroga dell'art. 2.6, punto q), l'assicurazione comprende i danni cagionati a terzi, limitatamente alla morte, lesioni personali, distruzione e deterioramento di cose, derivanti dall'esercizio dell'attività di primario ospedaliero del Reparto/Divisione corrispondente alla specializzazione indicata in polizza alla voce "Codice attività".

F) *Attività di medico specializzando*

L'Assicurato si impegna a corrispondere il premio intero della tariffa vigente in quel momento entro 30 giorni dal conseguimento della specializzazione. In caso contrario gli eventuali risarcimenti relativi a comportamenti colposi posti in essere successivamente al conseguimento della specializzazione saranno proporzionalmente ridotti.

G) *Odontotecnici*

Per quanto riguarda la professione di odontotecnico:

a) Il seguente testo sostituisce integralmente l'Art. 1.1 di polizza.

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, nella sua qualità di odontotecnico, sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni per morte, lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose, involontariamente cagionati a terzi, compresi gli utilizzatori finali

(pazienti), a seguito dell'installazione di apparecchi e protesi dentarie realizzati su misura dall'Assicurato e risultati difettosi in conseguenza di errori di lavorazione, costruzione e/o assemblaggio, accidentalmente commessi dall'Assicurato stesso nell'esercizio dell'attività di fabbricazione di dispositivi odontoprotesici "su misura" così come definiti e regolati dal D. Lgs. N. 46 del 24 febbraio 1997. L'assicurazione vale per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto, anche doloso, dei suoi dipendenti.

La garanzia comprende inoltre la responsabilità civile derivante dalla inosservanza delle disposizioni del D.lgs. n. 196/03 alle seguenti condizioni:

- 1) completo adempimento da parte del Titolare e/o Responsabile delle misure di sicurezza disposte dalla legge o dagli atti normativi ad essa connessi;
- 2) attività di trattamento dei dati limitata a quella strettamente strumentale allo svolgimento dell'attività professionale esercitata, rimanendo comunque esclusi dalla garanzia i trattamenti di dati aventi finalità commerciali;
- 3) limitazione della copertura alle perdite patrimoniali rimanendo quindi esclusi i danni conseguenti a lesioni personali, morte, distruzione o deterioramento di cose.

b) Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 2.6 di polizza l'assicurazione non vale inoltre per i danni:

- 1) derivanti da difetti di fabbricazione riconducibili ad errori od omissioni, relativi a calchi, modelli, progetti e prescrizioni fornite dal medico odontoiatra;
- 2) derivanti dalla mancata rispondenza od inidoneità dei dispositivi odontoprotesici all'uso, alle prestazioni od alle finalità cui sono destinati;
- 3) ai dispositivi odontoprotesici fabbricati e/o preesistenti, nonché le spese per le relative sostituzioni o riparazioni.

c) Resta inteso che, nel caso in cui il Contraente sia uno studio o una società di odontotecnici, il Contraente prende atto, anche ai fini degli Articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, che l'assicurazione è prestata in base al numero degli odontotecnici dichiarato, con le relative generalità, alla data della stipulazione della polizza, che siano in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione e che rivestano la posizione di professionisti, di soci e/o dipendenti della società di odontotecnici.

Il Contraente si obbliga a comunicare ogni variazione nel numero e/o identità degli odontotecnici professionisti, soci e/o dipendenti nel termine di trenta giorni dalla data della variazione stessa.

La mancata comunicazione di un numero di Assicurati superiore a quello previsto nel modulo di polizza comporta la proporzionale riduzione degli eventuali risarcimenti.

H) Dipendenti di enti ospedalieri pubblici (secondo rischio)

Qualora esista polizza di responsabilità stipulata da un ente ospedaliero pubblico, riconosciuto tale a norma di legge, la presente assicurazione si intende prestata "a secondo rischio" e cioè in eccedenza ai massimali garantiti da detta polizza, e fino alla concorrenza della somma assicurata con la presente polizza, per l'attività svolta, durante l'orario di lavoro, come dipendente di tale ente ospedaliero pubblico.

La presente assicurazione è operante comunque "a primo rischio" in caso di:

- rivalsa esercitata dall'ente ospedaliero pubblico o dai suoi assicuratori, per l'attività svolta come dipendente, durante l'orario di lavoro;
- attività libero professionale intramuraria o extramuraria;
- inoperatività della polizza dell'ente ospedaliero pubblico, datore di lavoro.

L'Assicurato si impegna a comunicare alla Società, appena ne viene a conoscenza, ogni circostanza che possa chiamare in causa la propria responsabilità anche se per importi inferiori al massimale previsto dalla polizza stipulata dal suddetto ente ospedaliero pubblico.

I) *Garanzia pregressa illimitata - Professionisti che non sono mai stati assicurati*

Il primo periodo dell'Art. 2.1, punto a) è sostituito dal seguente:

La presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione indipendentemente dalla data in cui sono stati posti in essere i comportamenti colposi, di cui esse sono la conseguenza, purché non noti all'Assicurato prima della stipulazione della polizza.

Restano valide le altre disposizioni previste dall'Art. 2.1, punto a).

J) *Garanzia pregressa illimitata - Professionisti che sono stati assicurati con altri assicuratori, per il medesimo rischio*

Il primo periodo dell' Art. 2.1, punto b) 1) è sostituito dai seguenti due periodi:

La presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione indipendentemente dalla data in cui sono stati posti in essere i comportamenti colposi, di cui esse sono la conseguenza, purché non noti all'Assicurato prima della stipulazione della polizza.

Resta comunque inteso che i comportamenti colposi posti in essere anteriormente ai tre anni precedenti la data di effetto della polizza sono assicurati unicamente se le relative richieste di risarcimento sono presentate all'Assicurato dopo centottanta giorni dalla data stessa.

Restano valide le altre disposizioni previste dall'Art. 2.1, punto b) 1).

K) *Estensione di garanzia alle perdite patrimoniali, per medici legali, medici del lavoro e delle assicurazioni.*

Oltre a quanto previsto dall'Art. 1.1 la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi, compresi i clienti, arrecate nell'esercizio dell'attività professionale di Medico Legale, Medico del Lavoro e delle Assicurazioni.

L'assicurazione vale per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto, anche doloso, dei suoi dipendenti.

Ad integrazione dell'Art. 2.6 la garanzia non è comunque operante per le perdite patrimoniali:

- derivanti da perdita, distruzione, deterioramento di atti, documenti o titoli;
- da furto;

- conseguenti alla comminazione di multe, ammende, sanzioni amministrative e fiscali.

L'assicurazione è prestata con uno scoperto pari al 10% di ciascun sinistro, con il minimo di Euro 1.000,00.

La Società non risponderà, per ciascun anno assicurativo e indipendentemente dal numero di sinistri avvenuti nello stesso periodo, per un importo superiore a Euro 50.000,00.

L) *Veterinari - Animali in custodia*

A parziale deroga dell'art 2.6, punti j) e k), l'assicurazione vale per i danni per morte o lesioni subite dagli animali in consegna o custodia dell'Assicurato che svolga la professione di medico veterinario, esclusi comunque i danni da furto, rapina o smarrimento e da mancato esito positivo delle cure prestate.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

