

PartnerRe



FASCICOLO INFORMATIVO

(Regolamento ISVAP n. 35 del 26 Maggio 2010)

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE o che non effettuano attività chirurgica

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO** formato da:

1. **NOTA INFORMATIVA** comprensiva del **GLOSSARIO**
2. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA



NOTA INFORMATIVA

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 RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- PartnerRe Ireland Insurance Limited (di seguito anche "PartnerRe Ireland Insurance Limited" o la "Compagnia") è una compagnia di assicurazioni costituita e operante secondo le leggi irlandesi nella forma di società a responsabilità limitata ed appartiene al gruppo PartnerRe Ltd. Questa nota informativa è rilasciata per conto di PartnerRe Ireland Insurance Limited, UK Branch, con il numero di registrazione BR016615, regolata dalla Banca Centrale d'Irlanda all'indirizzo:
3rd Floor, 80 Leadenhall Street,
Londra EC3A 3DH
Regno Unito
- Le informazioni riguardo l'impresa possono essere consultate sul sito web www.partnerre.com
- I recapiti telefonici e fax sono rispettivamente:
Tel: 00353 1 637 9600 – Fax: +353 1 637 9660
L'indirizzo email è PRIIL_General_manager@partnerre.com
- PartnerRe Ireland Insurance Limited è soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland, organismo di vigilanza con sede in Irlanda ed è autorizzata a operare in Italia in Regime di Libera Prestazione di Servizi ed è iscritta all'elenco delle Imprese di assicurazione comunitarie con il Codice Ivass 10770. L'attività svolta da PartnerRe Ltd in Italia è autorizzata dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) con il Numero di Iscrizione II.00534 e data di iscrizione 03/01/2008.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto di PartnerRe Ireland Insurance Limited è pari ad € 33.486.408,00 ed è composto da un capitale sociale di € 2.248.710,00 e riserve patrimoniali per € 12.501.363,00.

L'indice di solvibilità di PartnerRe Ireland Insurance Limited riferito alla gestione danni, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 234%.

I dati sopra riportati sono relativi all'ultimo bilancio approvato e oggetto di revisione contabile (2014).

Ulteriori informazioni riguardo il patrimonio di PartnerRe Ireland Insurance Limited inclusi i bilanci societari ovvero i dati patrimoniali aggiornati possono essere consultati sul sito www.partnerre.com.



B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto, stipulato in forma standardizzata, ha una durata annuale; prevede garanzie o clausole predeterminate che sono rimesse alla libera scelta del contraente, non modificabili da parte del soggetto incaricato della distribuzione.

TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

Salvo accordi particolari il contratto ha una durata annuale. **In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.** La scadenza contrattuale è quella indicata nel frontespizio di polizza e in caso di disdetta la garanzia cessa ogni vigore alle ore 24 di tale data.

Avvertenza

Il Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di **30 giorni prima della scadenza** della polizza.

Termini e modalità sono regolati dall'Art. 14 delle Condizioni Addizionali di Polizza.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

- L'assicurazione tutela l'Assicurato per i danni cagionati a terzi conseguenti ad un fatto derivante da responsabilità civile inerente l'attività esercitata ma entro i limiti previsti dalla classe di merito assegnata a ogni singolo iscritto secondo i parametri di cui all'allegato 1 "Classe di assegnazione di merito e relativi premi", che costituisce parte integrante del contratto.
L'assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno, sono stati commessi da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.
Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione R.C.T., delle Condizioni Addizionali di Polizza.
- L'Assicurazione copre altresì le richieste di risarcimento derivanti all'Assicurato per gli infortuni subiti sul lavoro da parte degli addetti mentre lavorano per conto dello stesso. Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 6 delle Condizioni Addizionali di polizza – Responsabilità Civile Dipendenti (RCO) Oggetto dell'Assicurazione.

AVVERTENZA: LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:

L'assicurazione è prestata nella forma « CLAIMS MADE » ossia volta a coprire le Richieste di Indennizzo avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di decorrenza convenuta (anche se retroattiva).

Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Indennizzo riconducibili a comportamenti dolosi o ad attività abusive. Altre cause di esclusione sono elencate all'articolo 11 delle CONDIZIONI ADDIZIONALI DI POLIZZA.

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

**Condizioni Generali:**

Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato e Aggravamento del Rischio

Art. 3 - Recesso in caso di sinistro

Art. 6 - Foro competente

Condizioni Addizionali:

Art. 5 - Inizio e termine della garanzia (formula "Claims Made")

Art. 11 - Esclusioni

Art. 12 - Ulteriori Esclusioni

Art. 13 - Esclusione degli Interventi Invasivi

Art. 14 - Premio, Durata, Proroga e Disdetta

Art. 18 - Responsabilità solidale

Art. 19 - Coesistenza di coperture diverse per il medesimo rischio

Art. 21 - Estensione Territoriale

Art. 22 - Tentativo obbligatorio di Conciliazione amichevole

Art. 24 - Denuncia sinistri gestione delle vertenze di danno - spese legali

Art. 25 - Limiti di indennizzo e franchigia

Art. 26 - Crediti formativi ECM – Obbligatorietà per il loro raggiungimento

AVVERTENZA: Le garanzie di polizza sono prestate con specifiche **Franchigie e/o Scoperti** e sono altresì previsti **Massimali e Sottolimiti** e sono riportati nel **Modulo di Proposta**, nel **Frontespizio di polizza** o nelle **Estensioni Facoltative**, nonché all'art. 25 delle **Condizioni Addizionali di Assicurazione**.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

1° esempio	2° esempio
Massimale: € 750.000,00	Massimale: € 1.000.000,00
Danno: € 150.000,00	Danno: € 600,00
Franchigia: € 1.000,00	Franchigia: € 1.000,00
Risarcimento: € 150.000,00 – 1.000,00 = € 149.000,00	Nessun risarcimento è dovuto, perché il danno è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio	2° esempio
Massimale: € 1.000.000,00	Massimale: € 750.000,00
Danno: € 15.000,00	Danno: € 350.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 5.000,00	Scoperto 10% con il minimo di € 5.000,00
Risarcimento: € 15.000,00 – 5.000,00 = € 10.000,00	Risarcimento: € 350.000,00 – 35.000,00 = € 315.000,00 (perché la somma in percentuale è superiore al minimo).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

1° esempio	2° esempio.
Massimale: € 1.000.000,00	Massimale: € 1.500.000,00
Danno: € 50.000,00	Danno: € 2.200.000,00
Risarcimento: € 50.000,00 (dal quale dedurre eventuali scoperti o franchigie)	Risarcimento € 1.500.000,00



AVVERTENZA: MASSIMALE O LIMITE DI INDENNIZZO: rappresenta la somma totale che l'Assicuratore mette a disposizione dei danneggiati per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri relativi a uno stesso Periodo di Assicurazione.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 25 delle CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE.

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

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita del diritto all'indennità.

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 1 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE e art. 1897, art. 1898 C.C.

PRESENZA DI CAUSE DI NULLITÀ

Il contratto di assicurazione è nullo quando ricorrono uno o più presupposti previsti dall'articolo 1418 Codice Civile, ad esempio perché l'oggetto del contratto è impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

- L'Assicurato deve avvisare l'Assicuratore per iscritto di fatti o circostanze che costituiscano un aggravamento del rischio; parimenti, qualsiasi diminuzione del rischio va segnalato all'Assicuratore in quanto potrebbe portare ad una riduzione del premio.
- Per maggiori dettagli circa le conseguenze della mancata comunicazione dell'aggravamento o diminuzione del rischio si rimanda al contenuto dell'articolo 1 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.
- Esempio di circostanza che determina la modificazione del rischio: per effetto di una nuova disposizione di legge il professionista assicurato è tenuto a garantire il proprio lavoro per i 25 anni successivi al termine dell'incarico (si precisa che questo esempio non è reale – si tratta solamente di un'ipotesi astratta).

AVVERTENZA: Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 1 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

6. Premi

- L'importo dei premi è comprensivo di eventuali accessori e delle imposte applicabili.
- La periodicità del pagamento del premio è annuale.
Il pagamento del premio può essere effettuato alla Compagnia o all'intermediario autorizzato esclusivamente con mezzi di pagamento diversi dal denaro contante, e segnatamente:
 - assegni circolari
 - bonifici bancari



7. Rivalse

Se all'Assicurato spettano dei diritti nei confronti delle persone responsabili per il recupero di denaro pagato al terzo danneggiato, gli stessi diritti spetteranno anche all'Assicuratore nel caso quest'ultimo abbia liquidato il danno al terzo ai sensi del presente contratto.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 1916 del C.C..

AVVERTENZA: L'articolo 1916 del Codice civile "Diritto di surrogazione dell'Assicuratore" prevede che la compagnia che ha pagato l'indennizzo può sostituirsi all'Assicurato nell'esercizio dei diritti di quest'ultimo nei confronti di terzi responsabili del danno

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA: L'Assicurato e l'Assicuratore possono esercitare il diritto di recesso dopo il verificarsi di un sinistro.

Per maggiori dettagli e modalità si rimanda al contenuto dell'articolo 3 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Indipendentemente dal momento in cui l'Assicuratore ne sia informato, qualora l'Assicurato venga sospeso o radiato dal relativo Ordine Professionale o per qualsiasi ragione venga negata o ritirata l'abilitazione all'esercizio della professione, gli effetti dell'assicurazione cessano automaticamente al verificarsi di tale circostanza e alla medesima data.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 C.C. 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. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

10. Legge applicabile al contratto

Il presente contratto è regolato dalle leggi della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della Legge 29 ottobre 1961 n. 1216 e successive modifiche ed integrazioni, all'aliquota di volta in volta applicabile. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato.



C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'Assicurato deve fare denuncia scritta all'Assicuratore di ciascun sinistro immediatamente quando ne viene a conoscenza e comunque entro 10 giorni dall'avvenuta notifica di un'azione nei suoi confronti da parte di terzi.

Per maggiori dettagli circa le procedure liquidative si rimanda all'articolo 24 delle Condizioni Addizionali di Assicurazione.

13. Reclami

Qualsiasi reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri può essere inviato per iscritto all'Assicuratore al seguente indirizzo:

The General Manager
PartnerRe Ireland Insurance Limited
5th Floor, Block 1,
The Oval,
160 Shelbourne Road
Dublin 4
Ireland
email: PRIIL_General_manager@partnerre.com

L'Assicurato può altresì inviare eventuali reclami per iscritto al proprio Broker di assicurazione per essere a tale fine assistito.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che l'Assicuratore abbia dato riscontro al reclamo, è possibile anche presentare il proprio reclamo all'IVASS, Indirizzo: IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, tel.+39.06.42.133.1, fax : +39.06.42.133.206 e all'autorità di vigilanza irlandese Central Bank of Ireland con sede in PO BOX 559 – Dame Street – Dublino 2 Tel. +353.1.224.6000, fax +353.1.671.6561.

Inoltre, per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta in ogni caso il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

..*.*.*

GLOSSARIO

Indicazione del significato dei principali termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale degli Operatori Sanitari.

Assicurato:	la persona fisica o giuridica la cui responsabilità è protetta dall'assicurazione.
Contraente:	la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Danno corporale:	morte o lesione personale.
Danno Materiale:	distruzione o deterioramento di cose.
Franchigia:	importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
Intermediario:	la persona fisica, o giuridica, iscritta nel Registro Unico degli "Intermediari Assicurativi e Riassicurativi" (R.U.I.), di cui all'Art. 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Massimale:	la somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento contrattualmente stabilito, e che non potrà essere inferiore ad Euro 1.000.000 per evento e in aggregato annuo per ciascun assicurato, fatto salva la possibilità di reintegrare il massimale, secondo le condizioni di polizza.
Perdite Patrimoniali:	ogni pregiudizio economico causato a terzi, che non sia l'effetto, o la conseguenza diretta o indiretta di danni.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa.
Recesso:	scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Compagnia:	"PartnerRe Ireland Insurance Limited"

PartnerRe Ireland Insurance Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Legale Rappresentante

Clive Kelly

Clive Kelly



Un contratto è un documento legale.



Una vera collaborazione

è molto di più.

PartnerRe

Scopri cosa puoi aspettarti da un vero
partner sul sito internet: partnerre.com





PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

POLIZZA PER RESPONSABILITA' CIVILE E PROFESSIONALE
dei
MEDICI DI MEDICINA GENERALE o
che non effettuano attività chirurgiche

stipulata fra
il Contraente indicato sul Frontespizio di assicurazione da una parte,

di seguito denominato **Contraente**,

e

la Società
PARTNERRE IRELAND INSURANCE LIMITED
5th Floor, Block 1,
The Oval,
160 Shelbourne Road
Dublin 4
Ireland

di seguito denominata **Compagnia**, dall'altra parte

La seguente assicurazione viene rilasciata a favore dei professionisti che ne abbiano fatto richiesta e che abbiano corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- 1) RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E GENERALE**
- 2) RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI - R. C. O.**

* * * * *

DEFINIZIONI

Ai sensi e per gli effetti della presente Polizza si applicano le seguenti definizioni:

PARTI:	Il Contraente, l'Assicurato, la Compagnia, l'Intermediario
COMPAGNIA/ASSICURATORE:	Impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa
CONTRAENTE:	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e su cui gravano gli obblighi da esso derivanti
ASSICURATO:	Il Sanitario legittimato ad esercitare l'attività professionale e che ha presentato una proposta di assicurazione.
BROKER:	l'Intermediario Iscritto al Registro Unico degli Intermediari.
AGENTE:	il soggetto che gestisce la polizza per conto della Compagnia.
TERZI:	tutte le persone fisiche e/o giuridiche diverse dall'Assicurato, con esclusione dei contitolari dell'Assicurato, dei suoi associati di diritto, o di fatto, dei loro coniugi, figli, e degli altri parenti o affini con essi conviventi.
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE:	il contratto col quale la Compagnia, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'esercente le professioni sanitarie, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
PREMIO:	il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Compagnia.
ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE:	il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti, la relativa attività professionale. In tale ambito rientrano i professionisti di cui all'elenco delle specialità mediche assicurabili riportato all'Art. 3 delle Condizioni Aggiuntive
FRONTESPIZIO	Il "form" contenente i dati del Contraente/Assicurato.
MODULO DI PROPOSTA/ QUESTIONARIO DI PROPOSTA:	Il documento compilato (anche on line) e sottoscritto dal Contraente/Assicurato che intende stipulare la polizza.
MASSIMALE:	somma massima liquidabile dalla Compagnia a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro.
FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:	qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.



- DANNO:** pregiudizio economico conseguente a danneggiamento di cose, animali, lesioni personali, morte.
- PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI O DI CHIRURGIA AMBULATORIALE** Interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.
- RECLAMO (per colpa lieve):** La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza:
- la comunicazione scritta all'Assicurato con la quale un Terzo ha manifestato l'intenzione di addebito di responsabilità per danni o perdita patrimoniale causati da fatti colposi o errori o omissioni ricondotti all'Assicurato, o a chiunque altro per suo conto, o la comunicazione con cui il Terzo presenta una formale richiesta di risarcimento per tali danni o perdite.
 - la citazione o la chiamata in un procedimento dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;
 - l'inchiesta giudiziaria nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza;
- RECLAMO (per colpa grave):** l'invito a dedurre notificato all'Assicurato dal Procuratore della corte dei conti ovvero la notifica, in qualsiasi forma, dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa.
- RICHIESTA DI RISARCIMENTO:** qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.
- SINISTRO:** l'evento sul quale il reclamante basa la richiesta di risarcimento, come definito sopra, e di cui l'Assicurato ha consapevolezza per la prima volta durante il periodo di assicurazione.
- AVVISO DI SINISTRO:** l'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se la Compagnia o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (art. 1913 c.c, comma 1).
- FRANCHIGIA:** importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro.
- PERIODO DI ASSICURAZIONE:** durata di un anno più l'eventuale frazione di anno che precede l'annualità intera. La polizza s'intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno salvo disdetta.

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

Art. 1) DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente/Assicurato quando presenta la proposta di assicurazione ha l'obbligo di fornire le informazioni e dichiarazioni per iscritto previste nel modulo di proposta che diventa parte integrante del contratto. Nel caso di variazioni che aggravano il rischio il Contraente/Assicurato ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto la Compagnia.

Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente/Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti del rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, purché tali omissioni od inesattezze non siano frutto di dolo.

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente Polizza, la Compagnia rinuncia al diritto di recesso di cui all'Art.1898 del Codice Civile ed il Contraente/Assicuratosi impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

Art. 2) CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

A parziale deroga dell'Art. 1896 del Codice Civile, nel caso di cessazione dei rischi assicurati con la presente polizza, la Compagnia rimborserà il rateo di premio imponibile relativo alla parte non goduta del periodo di assicurazione.

Art. 3) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Il recesso per sinistro della Compagnia nei confronti del singolo Assicurato, potrà avvenire solo in caso di reiterazione di una condotta colposa da parte dell'Assicurato stesso, accertata con sentenza definitiva passata in giudicato.

Il recesso sarà notificato con preavviso scritto di 30 giorni a decorrere dalla data di pagamento del secondo sinistro o di un eventuale sinistro successivo al secondo.

In caso di recesso validamente esercitato dalla Compagnia, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, rimborserà all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 4) VARIAZIONI ALLA POLIZZA

Qualunque variazione o modifica della presente polizza deve risultare da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 5) GESTIONE DEL CONTRATTO E CLAUSOLA BROKER

La Compagnia dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidate all'Intermediario "Marintec S.r.l." – Via Corsica 19/6 – 16128 GENOVA - Iscrizione RUI n. A 000012538 – Fax +39 010 880632 – e-mail info@marintec.it – marintecsrl@pec.it.

La Contraente dichiara di aver affidato gli adempimenti del presente contratto al Broker Club Medici Broker S.r.l. - Via Giovanni Battista De Rossi, 26 28 - 00161 ROMA (RM) – n. iscrizione RUI B000442580 che, a propria volta, si potrà avvalere di collaboratori regolarmente autorizzati dall'IVASS anche per l'attività d'incasso; resta pertanto intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'Art.1901 C. C., dei pagamenti a questi effettuati. Ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker s'intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, e sarà considerata come *inviata* alla Compagnia.

Art. 6) FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza dell'Assicurato.

Art. 7) NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

CONDIZIONI ADDIZIONALI

Art. 1) RESPONSABILITA' CIVILE TERZI (R.C.T.) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi è tenuto a pagare a terzi per ogni forma di responsabilità professionale, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per morte, per lesioni personali per danni biologici, morali, perdita di chance, danni indiretti e consequenziali (rimbalzo) ai congiunti e danneggiamenti a cose, quali errori od omissioni, con colpa lieve e/o grave commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato ed indicata nel frontespizio.

L'assicurazione, come delimitata in questo contratto e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato e indicate nel frontespizio di polizza; le attività professionali dell'Assicurato comprendono le voci che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- a) Medico di medicina generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di para-subordinazione,
- b) Medico operante presso strutture sanitarie e/o assistenziali pubbliche o private siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale o locale.
- c) Medico libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- d) Specializzandi (relativamente alle discipline di cui all'elenco dell'art. 2), medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui alla legge N. 212 del luglio 1990, e medici, non titolari in proprio di convenzione, che sostituiscono medici convenzionati col SSN.

L'assicurazione include esplicitamente: l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini sia obbligatori, sia facoltativi, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi di chirurgia ambulatoriali.

Per i medici convenzionati la garanzia opera anche per le attività derivanti dagli accordi regionali o aziendali, come previsti e disciplinati dal relativo Accordo Collettivo Nazionale.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro Istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi.

L'assicurazione comprende in ogni caso:

- 1) La responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione o omissione dolosa o colposa da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale.
- 2) danni derivanti da interventi di primo soccorso, prestati per effetto dell'obbligo deontologico professionale.



- 3) I piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale intendendosi per tali quelli eseguiti esclusivamente a domicilio o in ambulatorio in anestesia locale.
- 4) Le prestazioni mini-invasive non chirurgiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, intubazione tracheale, rachicentesi, laringo-tracheo-broncoscopia, l'impiego di sonde e/o cateteri a scopo diagnostico e/o terapeutico.
- 5) La pratica di medicina non convenzionale con riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni.
- 6) La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni.
- 7) La responsabilità civile derivante all'Assicurato come libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990 o del Decreto Ministero della Sanità N. 445 del 19 ottobre 2001, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
- 8) La responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica),
- 9) L'assicurazione si estende alla conduzione e alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse, inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione.

Art. 2) ESTENSIONE ALLA COLPA GRAVE

L'Assicurazione è intesa a tenere indenne l'Assicurato, nel caso in cui l'Assicurato abbia ricevuto un invito a dedurre notificato dal Procuratore della Corte dei Conti dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa, nella quale sia ritenuto personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave da sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

Un'eventuale altra polizza di colpa grave con il medesimo Assicuratore, non farà cumulo con la presente polizza combinata "colpa lieve estesa alla colpa grave".

Art. 3) SPECIALIZZAZIONI ASSICURABILI

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività di **Medico di Medicina Generale o di Base**, ed in via occasionale, di una o più delle seguenti specializzazioni:

SPECIALITA' ASSICURABILI

- Amministratore di Struttura Sanitaria
- Allergologia
- Analista al microscopio
- Anatomia Patologica
- Angiologia
- Audiologia
- Cardiologia Clinica
- Dietologia / Nutrizionista / Scienza dell'alimentazione



- Dermatologia e Venereologia
- Diabetologia
- Ecografista
- Ematologia
- Endocrinologia
- Epatologia
- Epidemiologia
- Farmacologia
- Fisiatria / Medicina Fisica e Riabilitativa
- Fisico Medico
- Foniatria
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Gerontologia
- Igiene e Medicina preventiva
- Immunologia
- Infettivologia
- Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, batteriologiche e istologiche
- Medico dello sport
- Medico Legale, Medico Competente-Ispettore Sanitario, Medicina del lavoro (Compresa Condizione Aggiuntiva di cui all'art. 29)
- Medico di Medicina Generale o di Base
- Medicina dei servizi in regime di rapporto convenzionato SSN
- Ex Medicina penitenziaria in regime di rapporto convenzionale SSN
- Medicina Fiscale in regime di rapporto convenzionato SSN o INPS
- Medici SASN (Servizi assistenti naviganti non a bordo di navi)
- Medicina Interna
- Nefrologia
- Neolaureato (nei primi 4 anni d'iscrizione all'Albo) e Specializzando (entro il 34° anno di età)
- Neurologia
- Neurofisiopatologia
- Neuropsichiatria Infantile
- Oculistica
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Oncologia
- Pediatria (esclusa neonatologia, rianimazione neonatale e pediatria chirurgica)
- Pneumologia
- Reumatologia
- Psichiatria

Si precisa ulteriormente che l'attività di Medico di Medicina Generale si intende come attività assolutamente prevalente, mentre eventuali altre attività che il medico dovesse esercitare sarebbero a carattere del tutto saltuario, e comunque non potrebbero superare il 30% del totale complessivo del fatturato. A tale riguardo, l'Assicuratore si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892 e 1893 Codice Civile.



Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni non rientranti specificamente tra quelle indicate come assicurabili al presente articolo, tutte le garanzie prestate dal presente contratto vengono limitate esclusivamente all'attività indicata sul frontespizio.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione ulteriore non rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, tutte le garanzie prestate dal presente contratto rimangono comunque limitate esclusivamente all'attività relativa alla/e specializzazione/i assicurata/e.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione ulteriore rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, la garanzia base potrà essere estesa con sottoscrizione di apposita Appendice di Polizza.

Art. 4) MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

L'assicurazione è estesa, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di medicina del servizio di "emergenza sanitaria" (ex servizio 118), a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N.502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99, e specificamente:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";
- attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
- punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
- interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.

Art. 5) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – FORMULA CLAIMS MADE

L'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 non oltre 2 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, il Contraente ha facoltà di richiedere un maggiore periodo di retroattività, previo corresponsione del sopra premio come da tabella di cui all'allegato 1), di seguito riportata:

In continuità di una precedente polizza assicurativa:

(se richiesta, deve essere prodotta la documentazione a supporto).

retroattività parti alla durata continuativa della precedente copertura assicurativa o pari alla data di retroattività convenuta nella stessa, ma con il limite massimo di 5 anni.

In assenza di precedente copertura:

- 2 anni – gratuita
- 5 anni – maggiorazione del 30% dei premi sopra riportati
- 10 anni – maggiorazione del 40% dei premi sopra riportati
- Illimitata – maggiorazione del 50% dei premi sopra riportati

Il Contraente/Assicurato dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per i reclami che risultano essere già stati presentati all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di assicurazione di questa polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al periodo di retroattività della Polizza.

L'assicurazione vale altresì per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato entro 15 giorni dalla cessazione del contratto, sempre che il fatto che ha originato la richiesta si sia verificato durante il periodo di validità del contratto stesso.

Art. 6) RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI (R.C.O.) - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- 2) ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella di inizio copertura del frontespizio di assicurazione.

Art. 7) RISCHI AGGIUNTIVI

A titolo esemplificativo e non limitativo, si intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

- a) danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b) proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o "banners" all'interno o all'esterno dello Studio; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la polizza è tuttavia intesa prestata a favore dell'Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate;
- c) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclofurgoni senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- d) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
- e) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- f) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute con il limite di Euro 250.000,00, resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'art. 19);
- g) per danni a cose di terzi in consegna o custodia;



- h) mancata acquisizione del consenso informato o da non corretta e/o non compiuta redazione di referti o cartelle cliniche, ed errato trattamento dati personali.

Art. 8) R.C.O. - DENUNCIA DEI DANNI

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Compagnia, anche tramite Marintec, eventuali sinistri solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro) qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

Art. 9) NOVERO DEI TERZI

Ai fini delle garanzie R.C.T., non sono considerati terzi esclusivamente il Contraente/Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

Art. 10) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

A parziale deroga dell'Articolo 5 delle "Condizioni Addizionali" di assicurazione, in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, di cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), per morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro un periodo di tempo pari a quello in cui è rimasto in corso il rapporto assicurativo continuativo con la Compagnia, con il massimo di 5 anni, dalla scadenza annuale della polizza, successivi alla cessazione dell'attività.

Nel caso in cui il rapporto assicurativo continuativo sia stato inferiore a cinque anni, su esplicita richiesta dell'Assicurato e/o degli Eredi Legittimi e/o Testamentari da formularsi entro 90 gg dalla data di scadenza annuale, la Compagnia potrà estendere la garanzia fino ai cinque anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 20% del premio annuale per ogni anno di estensione che viene richiesto, oltre a quelli già maturati dall'Assicurato col rapporto assicurativo continuativo.

Inoltre, sempre su esplicita richiesta da formularsi entro il termine di 90 gg dalla data dell'ultima scadenza annuale, la Compagnia potrà, estendere la garanzia fino ad un massimo di ulteriori 5 anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 100% del premio annuale.

Qualora durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato venga, invece, 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, su esplicita richiesta dell'Assicurato, da formularsi entro 90 gg prima della scadenza della polizza, la Compagnia potrà estendere la garanzia per un periodo di 5 anni, previa corresponsione di un premio addizionale pari al 100% del premio annuo; ciò anche in deroga di quanto stabilito dall'articolo 5 delle Condizioni Addizionali che precede.

L'operatività della presente estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- a) che vi sia specifica richiesta del Contraente/Assicurato o dei suoi eredi entro 90 giorni dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività;

- b) che il Contraente/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;
- c) che il Contraente/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.

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

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Resta confermato in tutti i casi il disposto dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione che prevede la facoltà di recesso della Compagnia in caso di sinistro.

Art. 11) ESCLUSIONI

Premesso che l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", le garanzie prestate **non** sono valide per:

- a) le richieste di risarcimento e atti e/o fatti già noti all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Compagnie;
- b) i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita in polizza.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- 1) dovute a sinistri attribuibili ad azione od omissioni commessi dall'Assicurato con dolo;
- 2) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 3) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo o licenziato per giusta causa;
- 4) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'Art. 21 delle Condizioni Addizionali di assicurazione;
- 5) derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 6) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- 7) relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico del Contraente/Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("punitive or exemplary damages");

- 8) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente fra medico e paziente, che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore Sanitario, dirigente di secondo livello o di Primario. Tale esclusione non si applica:
- all'Amministratore di Struttura Sanitaria in qualità di Assicurato della presente polizza;
 - a qualunque altra specialità medica riportata fra quelle assicurate, nell'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore sanitario, dirigente di secondo livello o di primario.

Art. 12) ULTERIORI ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale:

- a) per i danni derivanti dalla proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili; fatta salva la responsabilità derivante per il ruolo di direttore sanitario. Relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale, inoltre, per i danni e le responsabilità che si verifichino o insorgano in occasione:
 - b) di fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale.
 - c) di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell' atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - d) di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili, salvo quanto previsto al successivo art. 23 lettera a);
 - e) di fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerali ed in genere di quanto si trovino nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;
 - f) di furto;
o che derivino:
 - g) da produzione diretta di organismi geneticamente modificati.

L'assicurazione **R.C.T.** e **R.C.O.**, inoltre, non comprende i danni:

- 1) da detenzione o impiego di esplosivi;
- 2) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- 3) da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
- 4) derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;



- 5) derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;
- 6) cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi.

Art. 13) ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

- 1) la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, l'uso di retrattori e gli atti invasivi diagnostici e terapeutici;
- 2) la sutura di ferite traumatiche maggiori;
- 3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
- 4) il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
- 5) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti;
- 6) l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;
- 7) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee;

Art. 14) PREMIO, DURATA, PROROGA E DISDETTA

Ai fini della determinazione del premio annuo della presente assicurazione, fare riferimento alle tabelle di cui all'Allegato 1.

L'Assicurazione ha durata annua ed ha effetto dalle ore 24 e scadenza alle ore 24 dei giorni rispettivamente indicati sul frontespizio se il premio è stato pagato.

In assenza di disdetta da parte del Contraente o della Compagnia, effettuata con lettera raccomandata spedita **almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza, quest'ultima si intende prorogata di un anno e così successivamente.**

Se il Contraente/Assicurato non paga le rate di premio successive troverà applicazione l'Art. 1901 del C.C.

A seguito del pagamento avvenuto, la Compagnia rilascerà al Contraente/Assicurato una regolare polizza contenente i dati relativi alla copertura che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del premio.

Art. 15) STUDIO ASSOCIATO

E' data facoltà di intestare la polizza di assicurazione ad uno Studio Associato, sempre che l'Assicurato persona fisica che gode della copertura prevista dall'Articolo 3 delle presenti Condizioni di polizza, sia associato.

Per gli Studi Associati l'assicurazione è prestata sia per la RC Professionale della Persona/e identificata/e nel frontespizio che per i danni a terzi o a dipendenti.

Qualora ci si trovi in presenza di altra polizza, operante per il medesimo rischio, verrà applicato il criterio del "pro quota".

Se l'Assicurato è Membro di uno Studio Medico Associato, ai fini della validità delle garanzie di Responsabilità Civile verso Terzi e di Responsabilità Civile verso prestatori d'opera, è condizione essenziale che tutti gli altri Associati siano assicurati con questa polizza; in caso contrario l'Assicurato sarà coperto solo per la Responsabilità Civile Professionale.

Art. 16) MEDICO IN SOSTITUZIONE

Premesso che se l'Assicurato esercita l'attività di medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale in regime di para - subordinazione ha la facoltà di farsi sostituire, nell'espletamento della sua attività professionale da soggetti abilitati all'attività medica. Si considera in garanzia, ai termini di polizza, per la responsabilità civile personale anche il suddetto sostituto per l'attività svolta in sostituzione dell'Assicurato.

Art. 17) S.O.S.

Resta inteso fra le Parti di estendere la copertura assicurativa alle multe e/o ammende per erronea interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), a condizione che l'erronea interpretazione non sia intenzionale e/o sia la conseguenza di erronee interpretazioni di regolamenti forniti dall'Associazione di categoria.

L'esposizione massima della Compagnia non eccederà il limite di Euro 10.000,00 per avvenimento ed in aggregato annuo.

La presente clausola è intesa integrare le previsioni dell'Art. 1 delle Condizioni Aggiuntive di polizza, dove si statuisce l'inclusione della "Responsabilità personale del Responsabile dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D. Lgs. N. 81/2008, ex 626/94.

E' ulteriormente convenuto che l'azione in surroga condotta dall'INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione s'intende coperta da questa polizza.

Art. 18) RESPONSABILITA' SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la Responsabilità Civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Art. 19) COESISTENZA DI COPERTURE DIVERSE PER IL MEDESIMO RISCHIO

In caso di coesistenza di questa con altre polizze, operanti per il medesimo rischio, saranno integralmente applicabili le disposizioni di cui all'art. 1910 del codice civile.

Art. 20) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato. La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché tale irregolarità sia involontaria e consegua ad inesatte interpretazioni di norme vigenti, derivanti da indicazioni fornite dalla propria Associazione di categoria.

Art. 21) ESTENSIONE TERRITORIALE

Le garanzie tutte della presente polizza, valgono per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

Art. 22) TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE AMICHEVOLE

Ai sensi e per gli effetti della legge 9 agosto 2013, n. 98, di conversione con modificazioni del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, è entrato in vigore, con decorrenza dal 20 settembre 2013, l'obbligo della conciliazione, ovvero il procedimento di mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in materia di controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria (compreso quella inerente il personale sanitario non medico), di risarcimento del danno derivante da diffamazione a mezzo stampa o con altri mezzi di pubblicità, di contratti bancari e finanziari. Essendo tutte queste parti obbligate a costituirsi nel

procedimento di mediazione, le relative decisioni saranno vincolanti anche nei loro confronti. Per quanto concerne la materia dei contratti assicurativi, l'obbligo di mediazione si estende alle sole controversie che s'instaurano direttamente tra Assicurato ed Assicuratore in ordine all'operatività della garanzia assicurativa.

Sono invece escluse dall'obbligo tutte le liti in cui l'Assicurato è citato in giudizio dal Danneggiato e la Compagnia viene chiamata in garanzia, con l'eccezione delle controversie in materia sanitaria suddette. Il Soggetto che intenda accedere alla mediazione, dovrà rivolgersi a un organismo di mediazione autorizzato e registrato presso il Ministero della Giustizia che, a sua volta, incaricherà un mediatore (parimenti autorizzato) di eseguire il tentativo di conciliazione.

Art. 23) COMMITTENZA

L'Assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:

- a) danni causati a terzi da Suoi dipendenti o connessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al P.R.A..

La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati alle persone trasportate;

- b) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo Studio assicurato.

Art. 24) DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (art. 1913 c. c, comma 1).

L'Assicurato è obbligato a trasmettere alla Compagnia, e per essa **all'Agenzia Marintec S.r.l. – Via Corsica 19/6 – 16128 Genova – fax +39 010 880632 – e-mail stefano@marintec.it, camilla@marintec.it, marintecsr@pec.it**, qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.

L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Compagnia, tutte le informazioni e l'assistenza del caso. Si concorda comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.

La Compagnia assume, a nome dell'Assicurato, fino ad esaurimento del grado di giudizio eventualmente in corso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Compagnia 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 la Compagnia e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Compagnia non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde delle spese di giustizia penale.



Art. 25) LIMITI DI INDENNIZZO E FRANCHIGIA

La presente polizza prevede i seguenti limiti di indennizzo, per sinistro e per anno assicurativo, in conformità alla scelta del Contraente/Assicurato al tempo della proposta.

Medico Generico o di Base

MASSIMALI	
1.500.000	2.500.000

Specializzandi e Neolaureati

MASSIMALI	
1.500.000	2.000.000

I sinistri risarcibili ai sensi della presente polizza saranno soggetti ad una **franchigia fissa** di Euro 500,00 **per evento**, o franchigie maggiori, in relazione alla classe di merito di appartenenza (**vedi Tabella 2**).

Art. 26) CREDITI FORMATIVI ECM - OBBLIGATORIETÀ PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

Il DL 138/2011 del 13 agosto 2011 convertito in Legge n.148 del 14 settembre 2011 contempla all'art. 3, comma 5, lettera b): "Previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione".

Ai sensi e per gli effetti della presente polizza, l'Assicurato dichiara di essere in possesso dei crediti formativi prescritti dalla legge, e si conferma disponibile all'esibizione dei relativi attestati in caso di richiesta da parte dell'Assicuratore. Il mancato possesso dei titoli, o l'impossibilità a dimostrare di essere in una delle condizioni di esonero dall'obbligo di conseguire i crediti previste dalla legge, implicherà l'immediata revisione "ex-post" anche ai fini dell'eventuale/i sinistro/i in corso, della classe di assegnazione, e la conseguente applicazione del "pejus" mediante riassegnazione nella classe di merito come segue, in conformità alle previsioni di cui all'Art. 1894 del Codice Civile:

- nel caso di possesso di crediti ECM dal 66% al 99% di quanto previsto, si applicherà un "pejus" pari a 1 classe di merito;
- nel caso di possesso di crediti ECM dal 46% al 65% di quanto previsto, si applicherà un "pejus" pari a 2 classi di merito;
- nel caso di possesso di crediti ECM al di sotto del 46% di quanto previsto, si applicherà un "pejus" pari a 3 classi di merito.

Si precisa che la disciplina di cui al presente Art. 26 non si applica agli specializzandi.

..*.*.*

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Operanti purché sia specificamente indicato sul frontespizio di polizza e, se previsto, sia stato corrisposto il relativo premio).

Art. 27) NEO-LAUREATI E SPECIALIZZANDI

I neolaureati godono di una tariffa agevolata che viene applicata ai Sanitari che si assicurano entro e non oltre i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale Medico. Tale agevolazione viene riconosciuta ai Sanitari che si iscrivono all'Ordine Professionale Medico prima del compimento dei trenta anni e questo beneficio sarà applicato per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma non oltre il compimento del 34° anno di età.

Gli specializzandi avranno diritto allo sconto fino al compimento dell'età anagrafica di 34 anni.

Sia i neolaureati sia gli specializzandi accedono alla presente copertura nella Classe di rischio "DUE".

Art. 28) DIRETTORE SANITARIO, RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA, DIRIGENTE DI SECONDO LIVELLO O DI PRIMARIO

Ad integrazione delle Condizioni di polizza nell'assicurazione sono compresi i danni alle persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi da fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa, dirigente di secondo livello o di primario. Resta espressamente esclusa dalla garanzia la responsabilità Civile derivante all'Assicurato da fatti connessi all'attività di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale.

Art. 29) ATTIVITÀ DI MEDICO LEGALE E/O MEDICO COMPETENTE E/O MEDICO FISCALE – PERIZIE – CONSULENZE CERTIFICAZIONI (garanzia perdite patrimoniali)

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale, nonché in relazione a perizie, consulenze e certificazioni.

La presente garanzia viene estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (Unità complesse cure primarie), nonché alla partecipazione dell'assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.

Tale estensione di garanzia si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con un minimo non indennizzabile di Euro 500,00 salvo franchigie superiori pattuite in polizza e fino alla concorrenza di un massimale di Euro 150.000,00 per anno assicurativo.

Si precisa che la garanzia non è in ogni caso operante per i danni patrimoniali da rivalsa esercitata a seguito della comminazione di sanzioni IVASS, nonché per i danni di carattere amministrativo che prevedano un coinvolgimento della Corte dei Conti.

Si conviene fra le Parti che la copertura assicurativa è valida per l'attività professionale dichiarata nel modulo di proposta e riportata sul frontespizio.



Emessa in due esemplari alla data del frontespizio.

LA COMPAGNIA**PartnerRe Ireland Insurance Limited****IL CONTRAENTE**

Agli effetti degli Art. 1341 e 1342 del Codice Civile, le Parti dichiarano di conoscere il contenuto delle Condizioni sopra menzionate e di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni Generali e Addizionali di polizza:

Condizioni Generali:

Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato e Aggravamento del Rischio

Art. 3 - Recesso in caso di sinistro

Art. 6 - Foro competente

Condizioni Addizionali:

Art. 5 - Inizio e termine della garanzia (formula "Claims Made")

Art. 11 - Esclusioni

Art. 12 - Ulteriori Esclusioni

Art. 13 - Esclusione degli Interventi Invasivi

Art. 14 - Premio, Durata, Proroga e Disdetta

Art. 18 - Responsabilità solidale

Art. 19 - Coesistenza di coperture diverse per il medesimo rischio

Art. 21 - Estensione Territoriale

Art. 22 - Tentativo obbligatorio di Conciliazione amichevole

Art. 24 - Denuncia sinistri gestione delle vertenze di danno - spese legali

Art. 25 - Limiti di indennizzo e franchigia

Art. 26 - Crediti formativi ECM – Obbligatorietà per il loro raggiungimento

IL CONTRAENTE

Data _____



ALLEGATO 1

1. OPERATORI SANITARI (MEDICI E PARAMEDICI)

CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI MERITO E RELATIVI PREMI

Premesso che il contenuto di cui al presente "Allegato 1" costituisce parte integrante della Polizza, le Parti Contraenti si danno reciprocamente atto che l'attribuzione della Classe di merito, assegnata all'atto dell'accesso alla polizza, è riferita alla situazione assicurativa del professionista in quel momento, ed è suscettibile di subire variazioni nelle successive annualità di copertura, sia in positivo sia in negativo, in relazione ad eventuali modifiche di "status" intervenute nel corso della precedente annualità assicurativa, secondo quanto previsto alle Tabella evolutiva 3.

TABELLA 1 – Regole di assegnazione della classe di merito

CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI RISCHIO	SINISTRI DENUNCIATI ULTIMI 5 ANNI	ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE	REQUISITI DA SODDISFARE
UNO	MASSIMO UNO	ALMENO 4 ANNI	TUTTI
DUE	MASSIMO DUE	--	ALMENO UNO
TRE	MASSIMO TRE	--	ALMENO UNO



TABELLA 2 – Franchigie fisse applicabili

CLASSE CLASSE DI MERITO	FRANCHIGIA IMPORTO FRANCHIGIA
UNO B	€ 500,00
UNO A	€ 500,00
UNO	€ 500,00
DUE	€ 500,00
TRE	€ 500,00
QUATTRO	€ 1.000,00
CINQUE	€ 1.000,00
SEI	€ 1.500,00
SETTE	€ 1.500,00
OTTO	€ 2.000,00
NOVE	€ 2.000,00
DIECI	€ 2.500,00
UNDICI	€ 3.500,00
DODICI	€ 5.000,00
TREDICI	€ 5.000,00
QUATTORDICI	€ 5.000,00
QUINDICI	€ 5.000,00
SEDICI	€ 5.000,00
DICIASSETTE	€ 5.000,00
DICIOTTO	€ 5.000,00

RETROATTIVITÀ

1. in continuità di una precedente polizza assicurativa:

(se richiesta, deve essere prodotta la documentazione a supporto).

retroattività parti alla durata continuativa della precedente copertura assicurativa o pari alla data di retroattività convenuta nella stessa, ma con il limite massimo di 5 anni.

2. In assenza di precedente copertura:

- 2 anni – gratuita
- 5 anni – maggiorazione del 30% dei premi sopra riportati
- 10 anni – maggiorazione del 40% dei premi sopra riportati
- Illimitata – maggiorazione del 50% dei premi sopra riportati

REGOLE EVOLUTIVE

Per le annualità assicurative successive a quella della stipulazione, il contratto viene assegnato, all'atto del rinnovo, alla classe di merito di pertinenza a seconda che la Compagnia abbia o meno ricevuto denuncia/e di sinistro/i in relazione al periodo di copertura in corso e/o al periodo di retroattività previsto in Polizza:

TABELLA 3 – Regole evolutive Operatori Sanitari

CLASSE DI MERITO	0 SINISTRI ultimo anno	1 SINISTRO ultimi 5 anni	2 SINISTRI ultimi 5 anni	3 SINISTRI ultimi 5 anni	4 SINISTRI ultimi 5 anni	5 SINISTRI ultimi 5 anni	6 SINISTRI ultimi 5 anni	7 SINISTRI ultimi 5 anni	8 SINISTRI ultimi 5 anni	9 SINISTRI ultimi 5 anni	10 O PIU' SINISTRI ultimi 5 anni
UNO B	UNO B	UNO	TRE	CINQUE	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO
UNO A	UNO B	DUE	QUATTRO	SEI	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO
UNO	UNO A	TRE	CINQUE	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO
DUE	UNO	QUATTRO	SEI	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
TRE	DUE	CINQUE	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
QUATTRO	TRE	SEI	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
CINQUE	QUATTRO	SETTE	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
SEI	CINQUE	OTTO	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
SETTE	SEI	NOVE	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
OTTO	SETTE	DIECI	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
NOVE	OTTO	UNDICI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DIECI	NOVE	DODICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
UNDICI	DIECI	TREDICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DODICI	UNDICI	QUATTORDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
TREDICI	DODICI	QUINDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
QUATTORDICI	TREDICI	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
QUINDICI	QUATTORDICI	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
SEDICI	QUINDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DICIASSETTE	SEDICI	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO
DICIOTTO	DICIASSETTE	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO	DICIOTTO



CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI RISCHIO “UNO”

Vengono assegnati a questa classe tutti i professionisti il cui profilo di rischio soddisfa **tutti** i seguenti requisiti:

- aver denunciato al massimo un sinistro negli ultimi 5 anni
- essere iscritto all’Albo professionale da almeno 4 anni.

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
Medico Generico o di Base		€ 450,00	€ 500,00

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive		€ 270,00	€ 280,00

- Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “UNO-A”

Rientrano in questa classe tutti i professionisti il cui profilo di rischio soddisfa il seguente requisito:

- essere stati in “CLASSE DI RISCHIO UNO” per un anno e non aver denunciato alcun sinistro.

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
Medico Generico o di Base		€ 427,50	€ 475,00

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive		€ 256,50	€ 266,00

- Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “UNO-B”

Rientrano in questa classe tutti i professionisti il cui profilo di rischio soddisfa il seguente requisito:

- essere stati in “CLASSE DI RISCHIO INTERNA UNO-A” per un anno e non aver denunciato alcun sinistro.

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ € 406,13	€ 451,25

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 243,68	€ 252,70

- Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI RISCHIO “DUE”

Vengono assegnati a questa classe tutti i professionisti il cui profilo di rischio, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale, soddisfa la seguente condizione:

- aver denunciato al massimo due sinistri negli ultimi cinque anni;

I professionisti assegnatari della “CLASSE DUE” **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 473,68	€ 526,32

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 284,21	€ 294,74

- Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI ASSEGNAZIONE DI RISCHIO “TRE”

Vengono assegnati a questa classe tutti i professionisti il cui profilo di rischio, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale, soddisfa la seguente condizione:

- aver denunciato al massimo tre sinistri negli ultimi cinque anni;

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 498,61	€ 554,02

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 299,17	€ 310,25

- Franchigia fissa di Euro 500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “QUATTRO”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale,

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 524,86	€ 583,18

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 314,91	€ 326,58

- Franchigia fissa di Euro 1.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "CINQUE"

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d'iscrizione all'Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 552,48	€ 613,87

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 331,49	€ 343,77

- Franchigia fissa di Euro 1.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "SEI"

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d'iscrizione all'Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 581,56	€ 646,18

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 348,94	€ 361,86

- Franchigia fissa di Euro 1.500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "SETTE"

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d'iscrizione all'Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 612,17	€ 680,19

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 367,30	€ 380,90

- Franchigia fissa di Euro 1.500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA "OTTO"

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d'iscrizione all'Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all'ulteriore seguente esclusione**, che s'intende, pertanto, parte integrante dell'Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 644,39	€ 715,99

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 386,63	€ 400,95

- Franchigia fissa di Euro 2.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “NOVE”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 678,30	€ 753,67

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 406,98	€ 422,06

- Franchigia fissa di Euro 2.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “DIECI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 714,00	€ 793,34

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 428,40	€ 444,27

- Franchigia fissa di Euro 2.500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “UNDICI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 751,58	€ 835,09

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 450,95	€ 467,65

- Franchigia fissa di Euro 3.500,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “DODICI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 791,14	€ 879,04

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 474,68	€ 492,26

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “TREDICI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 832,78	€ 925,31

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 499,67	€ 518,17

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “QUATTORDICI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 876,61	€ 974,01

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 525,97	€ 545,45

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “QUINDICI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 922,75	€ 1.025,27

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 553,65	€ 574,15

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “SEDICI”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 971,31	€ 1.079,23

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 582,79	€ 604,37

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “DICIASSETTE”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 1.022,43	€ 1.136,04

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 613,46	€ 636,18

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

CLASSE DI RISCHIO INTERNA “DICIOOTTO”

La collocazione dei professionisti in questa classe di rischio è determinata in base alle regole evolutive di cui alla Tabella N. 3, indipendentemente dal numero di anni d’iscrizione all’Albo Professionale.

Anche questi Professionisti **sono sottoposti all’ulteriore seguente esclusione**, che s’intende, pertanto, parte integrante dell’Art. 11 delle Condizioni Aggiuntive di Polizza:

9) **la restituzione, da parte dell’Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi;**

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.500.000
	Medico Generico o di Base	€ 1.076,25	€ 1.195,83

		MASSIMALE	
		€ 1.500.000	€ 2.000.000
	Solo per Specializzandi e Neolaureati come da Art. 27 delle Condizioni Aggiuntive	€ 645,75	€ 669,66

- Franchigia fissa di Euro 5.000,00 per ogni e qualsiasi avvenimento.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori dei PartnerRe Ireland Insurance Limited of London (di seguito denominata "PRIIL") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto eliquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i PRIIL è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di PRIIL delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi;

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) È effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) È svolto dall'organizzazione del Titolare e/o con l'ausilio di soggetti esterni, il cui elenco è disponibile presso il Titolare. Detti soggetti esterni operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso PRIIL che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker). Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica di PRIIL;
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle

comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio di PartnerRe Ireland Insurance Limited (PRIIL) con sede in Irlanda all'indirizzo:

The General Manager, PartnerRe Ireland Insurance Limited, 5th Floor, Block 1, The Oval, 160 Shelbourne Road Dublin 4, Ireland e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare all'indirizzo email: PRIIL_General_manager@partnerre.com, ai sensi dell'art 7 del Codice.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della modalità e delle finalità del trattamento; di venire a conoscenza della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Codice; di essere messo a conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, o di incaricati; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Codice.

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è PartnerRe Ireland Insurance Limited (PRIIL) con sede in Irlanda all'indirizzo: 5th Floor, Block 1, The Oval, 160 Shelbourne Road – Dublino 4, Irlanda.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute¹;
- b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo _____ L'Interessato (Nome e Cognome leggibili) _____

Data ___/___/___ Firma _____

- c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo _____ L'Interessato (Nome e Cognome leggibili) _____

Data ___/___/___ Firma _____

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei PRIIL di ulteriori dati sensibili, Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.