INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO VALIDO PER LE ADESIONI DAL 31/05/2017

DATI DELL'INTERMEDIARIO E DELLA SUA ATTIVITA'

PARTE I – INFORMAZIONI RELATIVE AGLI INTERMEDIARI

Tabella 1.1 - Dati identificativi degli intermediari

Ragione sociale	**Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Broker**	**Nota per il contraente/assicurato** **Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).**
Sede legale	Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano (MI)	
Numero di iscrizione al RUI	B000117871 - Sez. B	
Data di iscrizione al RUI	12 marzo 2007	
Telefono	800.186.038	
Indirizzo e-mail	sio@aon.it	
Sito Internet	www.aon.it	

Tabella 1.2 - Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

IVASS – Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo - Via del Quirinale 21 - 00187 ROMA

PARTE II - INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO D'INTERESSI

Tabella 2.1 - Dichiarazioni dell'intermediario

a. Aon S.p.A. NON detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una Impresa di Assicurazione.

b. Nessuna Impresa di Assicurazione o impresa controllante di un'Impresa di Assicurazione è detentrice di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di Aon S.p.A..

Tabella 2.2 – Contratti proposti

a. Le valutazioni e le soluzioni tecniche relative alla Convenzione SIOeChCF, stipulata con l'intermediazione di Aon S.p.a., sono state effettuate e proposte in seguito all'analisi dei contratti offerti dalle primarie Imprese di Assicurazione del mercato idonei a soddisfare i bisogni del contraente.

b. Aon S.p.A propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più Imprese di Assicurazione. Su richiesta del contraente, Aon S.p.A. può fornire la denominazione delle Imprese di Assicurazioni con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari.

c. Nel caso concreto, le coperture messe a disposizione dei medici associati SIOeChCF sono prestate da AmTrust International Underwriters

PARTE III - INFORMAZIONI RELATIVE ALLE FORME DI TUTELA DEL CONTRAENTE

Tabella 3.1 - Informazioni generali

Ai sensi dell'articolo 117 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle Imprese di Assicurazione, se regolati per il tramite degli intermediari, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio degli intermediari stessi.

L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali degli intermediari o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato gli intermediari devono rispondere a norma di legge.

Il contraente ha la facoltà di rivolgersi al Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma – Tel.: +39 06/421.331 per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare per iscritto i reclami di pertinenza dell'intermediario Aon SpA a mezzo di posta ordinaria all'indirizzo: Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano, a mezzo Fax al numero [02 45434.810] o via e-mail alla casella di posta elettronica: reclami.aonspa@aon.it, , all'attenzione della Funzione Reclami AON SpA, indicando:

i) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
ii) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
iii) breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo e numero di polizza oggetto del reclamo;
iv) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

La Funzione Reclami provvederà quindi a rispondere al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso con le medesime modalità utilizzate dal reclamante per il suo invio. Resta comunque salva la possibilità per il contraente e l'assicurato, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario entro il termine di 45 giorni, di rivolgersi all'IVASS, Servizio Vigilanza Intermediari, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, compilando l'apposito modulo reso disponibile dall'Autorità sul sito internet www.ivass.it, integrando le informazioni sopra richieste da (i) a (iv) con la copia del reclamo presentato ad AON e dell'eventuale riscontro ricevuto.

Per le controversie relative al presente contratto, gli aventi diritto hanno la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria ovvero di rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra cui ad esempio, la possibilità di adire l'Organo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio principale del Contraente o dei soggetti che intendano far valere i diritti derivanti dal contratto

Tabella 3.2 - Nota importante per il contraente

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO VALIDO PER LE ADESIONI DAL 31/05/2017

Ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2006, il pagamento del premio eseguito in buona fede ad Aon S.p.A. o ad i suoi collaboratori ha effetto liberatorio per il contraente nei confronti di AmTrust International Underwriters; conseguentemente, impegna AmTrust International Underwriters a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

PARTE IV - INFORMAZIONI RELATIVE AI PRINCIPALI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEL CONTRAENTE

Tabella 4.1 – Obblighi dell'intermediario

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

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

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

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

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

f. L'intermediario può ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbia quale beneficiario il soggetto indicato al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto) con il limite di 1.000,00 euro per ciascun contratto, nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di 750,00 euro annui per ciascun contratto.

PARTE V – LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL BROKER DECADENZA DALL'AZIONE DI RESPONSABILITÀ

Con riferimento ai rapporti professionali intercorrenti con il cliente e con riferimento ai rapporti assicurativi stipulati o stipulandi tramite l'intermediazione di Aon S.p.A. nonché ai sinistri che sono o saranno gestiti tramite Aon, si precisa che:

Aon S.p.A. adempie ai suoi obblighi nel rispetto dei principi generali di cooperazione, correttezza e buona fede vigenti nell'ordinamento legislativo italiano ed in particolare uniforma i suoi comportamenti alle regole ed alla normale diligenza proprie della usa professionalità. In caso di sua inadempienza agli obblighi assunti Aon risponderà dei danni causati nei termini e limiti di seguito indicati:

a) Aon S.p.A. risponderà, secondo legge, senza limiti di valore per i danni causati quale conseguenza immediata e diretta di inadempienza imputabile a colpa grave o dolo;

b) Nel caso in cui l'inadempienza di Aon sia imputabile a colpa lieve, la stessa risponderà esclusivamente:
b.1) dei danni emergenti fino ad un valore massimo di euro 2.000.000,00 (duemilioni), importo che in tal caso si intende accettato come limite massimo di responsabilità civile valevole per ognuno e comunque globalmente per tutti gli addebiti azionabili; e
b.2) a condizione che il reclamo venga inviato a mezzo raccomandata a.r., a pena di decadenza, entro e non oltre un anno dalla data in cui si è avuta (o si sarebbe dovuto avere) conoscenza dell'inadempimento

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA OFFERTA

PARTE VI - INFORMAZIONI GENERALI

Tabella 6.1 – RC Professionale n IITDMM17A001321200000

Operatività dell'assicurazione CLAIMS MADE	l'assicurazione opera su base claims made. La copertura assicurativa, pertanto, è operante esclusivamente per le richieste di risarcimento di cui il medico sia venuto a conoscenza nel periodo di assicurazione e denunciate nello stesso periodo, purché conseguenti ad eventi dannosi verificatisi successivamente alla data di inizio del periodo di efficacia retroattiva. Terminato il Periodo di Assicurazione, la Società resterà obbligata esclusivamente per tutti i Sinistri - relativi al Periodo di Assicurazione cessato - denunciati entro 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo e/o per eventuali future Richieste di Risarcimento che dovessero derivare dalla denuncia cautelativa di fatti e/o circostanze, debitamente notificate dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione alle condizioni stabilite dal successivo Articolo 19 relativo agli obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro.
Retroattività (Periodo di efficacia retroattiva)	• Retroattività illimitata con riferimento al premio base, • Opzione retroattività 5 anni con sconto del 15% sul premio base • Opzione retroattività nulla, ESCLUSIVA per i neospecialisti con sconto del 40% del premio base
Premio Assicurativo **In caso di richiesta di risarcimento negli ultimi 5 anni**	I premi sono soggetti ad incrementi per gli assicurati con sinistri negli ultimi 5 anni
Data di continuità Assicurativa	la data meno recente tra: – la data di adesione dell'Assicurato alla presente Polizza; – la data di adesione dell'Assicurato a precedente Polizza stipulata dal Contraente con la Società in presenza di continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente Polizza.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO VALIDO PER LE ADESIONI DAL 31/05/2017

Ultrattività **(Periodo di efficacia ultrattiva)**	in caso di: − pensionamento del medico − cessazione definitiva dell'attività per qualsiasi motivo tranne la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali − invalidità o decesso del medico nel corso del periodo di assicurazione, la copertura assicurativa è operante per le richieste di risarcimento denunciate agli assicuratori sino alla scadenza del periodo di durata medesimo. E' riservata al medico o in caso di decesso ai suoi eredi, la facoltà di acquistare – di anno in anno, alle condizioni economiche riportate all'art. 18 di polizza - l'estensione della garanzia assicurativa, a copertura delle richieste di risarcimento portate per iscritto a conoscenza dell'Assicurato oppure, in caso di decesso, dei suoi eredi durante tale periodo purché non siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi antecedentemente al periodo di Retroattività. Periodo di efficacia ultrattiva pari a 10 anni acquistabile alla cessazione dell'attività in unica soluzione: • 200% del premio per chi è stato assicurato con AmTrust da almeno 3 anni o più; • 300% del premio per chi è stato assicurato con AmTrust da almeno 2 anni; • 400% del premio per chi è stato assicurato con AmTrust da almeno 1 anno
Decorrenza e durata della copertura assicurativa	l'adesione è perfezionata all'atto della ricezione, da parte degli assicuratori per il tramite di Aon S.p.A., del modulo di adesione, debitamente sottoscritto dall'assicurando, unitamente a copia del documento attestante l'avvenuto pagamento del premio. Il periodo di assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del modulo di adesione e termina alle ore 24.00 del 31 maggio, i successivi periodi di assicurazione sono pari ad un anno. La copertura assicurativa è effettivamente operante dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione del modulo di adesione, se nel medesimo giorno il relativo premio risulta versato, diversamente l'assicurazione è effettivamente operante dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio.
Contraente	**SIOeChCF Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale**
Assicurato	il professionista iscritto al relativo Ordine Professionale e Socio del Contraente, laureato in medicina e chirurgia, esercente esclusivamente l'attività professionale nell'ambito della specialità di Medico Otorinolaringoiatra e Chirurgo Cervico Facciale
Massimale	la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento** e delle persone danneggiate.
Franchigia	parte del danno prestabilita ed espressa in cifra fissa, che viene detratta dall'indennizzo e rimane a carico del medico.
Scoperto	parte del danno prestabilita ed espressa in percentuale, che viene detratta dall'indennizzo e rimane a carico del medico.
Sinistro **(Richieste di Risarcimento e/o Circostanze)**	si considera sinistro il ricevimento, nel corso del periodo di assicurazione, di una richiesta di risarcimento e/o circostanza, ossia: − la comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale un terzo manifesti al medico l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti al medico stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite patrimoniali − la citazione o la chiamata in causa del medico per fatto colposo o errore od omissione − l'azione giudiziaria civile promossa contro il medico in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione − la notifica al medico di un atto con cui, in un procedimento penale instaurato nel periodo di assicurazione, un terzo si sia costituito parte civile − la ricezione, da parte del medico, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010 le richieste di risarcimento devono essere comunicate agli assicuratori entro 15 giorni dal momento in cui il medico ne è venuto a conoscenza per la prima volta. Limitatamente al caso in cui l'attività svolta dall'Assicurato sia in libera professione, l'Assicurato è tenuto a denunciare cautelativamente negli stessi termini e con le stesse modalità ogni fatto e/o circostanza - incluse eventuali azioni giudiziarie penali intentate a suo carico - da cui possano derivare Danni e Perdite Patrimoniali risarcibili da questa assicurazione; tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione solo ed esclusivamente qualora e nel momento in cui ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento ed a condizione che tale Richiesta di Risarcimento venga notificata alla Società nei termini e nelle modalità previste in Polizza; l'Assicurato è tenuto altresì ad informare tempestivamente la Società di ogni aggiornamento e/o sviluppo relativo alle circostanze notificate nonché a produrre tutta la documentazione che la Società dovesse richiedere a riguardo.
Fatto e/o Circostanza	qualsiasi comunicazione indirizzata all'Assicurato in forma scritta o verbale che possa ragionevolmente fargli prevedere una sua responsabilità per colpa o per inadempimento.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO VALIDO PER LE ADESIONI DAL 31/05/2017

Surrogazione	la Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di Danni e Perdite Patrimoniali sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Ove la copertura operi nei termini di cui all'ultimo comma dell'art. 10, l'Assicurato si obbliga sin d'ora a surrogare, all'atto della liquidazione dell'indennizzo, la Società ex art. 1201 c.c. nei diritti vantati nei confronti dei terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato, o, comunque, a cedere alla Società i medesimi diritti ai sensi e per gli effetti degli artt. 1260 e ss. c.c.. La surrogazione o la cessione devono intendersi comunque estese all'eventuale diritto di rimborso delle spese sostenute per la gestione della vertenza in sede stragiudiziale o giudiziale.
PARTE VII – RISCHI ASSICURATI	
Tabella 7.1 – RC Professionale n. IITDMM17A001321200000	
Responsabilità Civile Professionale	la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente ed esclusivamente nell'esercizio dell'attività professionale nell'ambito della specialità di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico facciale. La Società risponde per: − danni (pregiudizi economici conseguenti a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose nonché i danni ad essi conseguenti) ovvero perdite patrimoniali (ossia pregiudizi economici che non siano conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose) cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale, esclusivamente nell'ambito della specialità di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico facciale. − eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto - non facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale presso cui il medico presta la propria opera o esperite dal suo assicuratore − eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della l. n. 222/1984 − danni e perdite patrimoniali derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla attività professionale dichiarata. Inoltre, nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Assicurato in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Servizio Sanitario Nazionale la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alla sopra indicata Richiesta di Risarcimento. Nel caso in cui l'assicurato svolga la propria attività professionale in veste di medico dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, la copertura della responsabilità civile, all'infuori dei casi di colpa grave di cui al comma che precede, è prestata altresì al ricorrere congiunto delle seguenti condizioni: a) che la struttura di appartenenza non adempia, neppure indirettamente, agli obblighi di cui all'art.24 del CCNL 8 Giugno 2000 (e successive modifiche) . b) che la struttura di appartenenza dichiari per iscritto all'assicurato di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'assicurato dovrà formulare alla struttura, contestualmente all'avviso di sinistro di cui all'art. 19), una richiesta scritta di manleva. Ove la struttura non dia riscontro entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta , il silenzio sarà intenso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'assicurato.
Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori di Lavoro (operante esclusivamente per medici liberi professionisti) **Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)**	tutela il patrimonio del medico contro l'esborso di somme da corrispondere a terzi per di danni e perdite patrimoniali involontariamente cagionati da persone delle quali debba rispondere, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione: a) all'esercizio di attività inerenti la specialità di Medico Otorinolaringoiatra e Chirugia Cervico Facciale b) alla conduzione e/o proprietà dello studio professionale, comprese le attività complementari ed accessorie c) alla responsabilità civile che possa derivare al medico o da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere o per i danni derivanti dalla raccolta, confezionamento, trasporto e conferimento di rifiuti urbani, speciali, pericolosi e non pericolosi a condizione che tali attività, laddove previsto dalle specifiche disposizioni di legge, siano effettuate da aziende regolarmente autorizzate all'epoca del fatto dannoso o per danni causati dalla distribuzione, somministrazione e smercio di prodotti alimentari, bevande e simili o ai sensi dell'art. 2049 c.c., per danni cagionati a terzi dalle ditte appaltatrici, dai dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario allo svolgimento dell'attività del medico.
Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (operante esclusivamente per medici liberi professionisti)	la copertura assicurativa opera anche in caso di responsabilità personale dei prestatori di lavoro in relazione: a) allo svolgimento delle loro mansioni contrattuali, anche se svolte presso terzi, comprese quelle previste ai sensi del D.Lgs. n. 626/1994 e del D.Lgs. n. 494/1996 e s.m.i contenute nel D.Lgs. n. 81/2008 b) alla guida di veicoli a motore e non, purché i medesimi non siano di proprietà di od in usufrutto al medico od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati; sono compresi i danni corporali cagionati alle persone trasportate c) le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S., ai sensi dell'art. 14 delle Legge n. 222/1984, o da enti similari **Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO)** tutela il patrimonio del medico contro l'esborso di somme da corrispondere: a) ai sensi delle disposizioni di legge che disciplinano le azioni di rivalsa o surroga esperite dall' I.N.A.I.L. e/o dall'I.N.P.S. e/o da altri enti previdenziali b) ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti di cui alla precedente lettera a), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO VALIDO PER LE ADESIONI DAL 31/05/2017

Gestione delle vertenze e spese legali	La Società assume, fino a quando ne ha l'interesse, la gestione delle vertenze in nome dell'Assicurato, tanto in sede stragiudiziale quanto in sede giudiziale sia civile che penale, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. La società potrà assumere la gestione della vertenza anche nel caso in cui la struttura di appartenenza facente capo al Servizio Sanitario Nazionale non adempia, neppure indirettamente, agli obblighi di cui all'art. 25 del CCNL 8 giugno 2000 (e successive modifiche) o comunque non assuma a proprio carico gli oneri di difesa dell'Assicurato. Sono a carico della Società le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo. La Società non riconosce le spese incontrate dall' Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all' Assicurato. Per la gestione legale della sola fase di mediazione il limite massimo dell'esborso posto a carico della Compagnia è pari ad euro 2.000 per ogni Mediazione. Ove la Società assuma la gestione della lite, l'Assicurato si obbliga sin d'ora a conferire all'avvocato designato dalla Società il più ampio mandato, ivi compreso il potere di chiamare in garanzia terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato. Ove l'azione risarcitoria venga formulata nell'ambito di un procedimento penale in cui l'Assicurato sia indagato o imputato, quest'ultimo si obbliga sin d'ora a conferire mandato ad un avvocato designato dalla Società (eventualmente in affiancamento al proprio legale di fiducia), conferendogli ogni più ampio potere di chiamare in garanzia, nelle forme di legge, terzi tenuti, a qualsiasi titolo, a garantirlo/manlevarlo o comunque tenerlo indenne di quanto questi sia chiamato a risarcire al terzo danneggiato – anche in via provvisionale.

PARTE VIII – SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	
Tabella 8.1 – RC Professionale n. IITDMM17A001321200000	
RCT ed RCO	€ 500.000,00 per prestatore di lavoro
RCT	franchigia pari ad € 1.000,00 per sinistro
RCO (lett. b)	franchigia pari ad € 2.500,00 per prestatore di lavoro
Incendio, esplosione e/o scoppio delle cose del medico o da lui detenute	€ 200.000,00 per sinistro e periodo di assicurazione
Interruzione di attività di terzi	€ 200.000,00 per sinistro e periodo di assicurazione
Inquinamento	€ 200.000,00 per sinistro e periodo di assicurazione

PARTE IX – LIMITI DI OPERATIVITÀ	
Tabella 9.1 – RC Professionale n. IITDMM17A001321200000	
RC Professionale	la copertura assicurativa opera a condizione che il medico: − risulti in regola con il pagamento della quota associativa al Contraente − abbia sottoscritto il modulo di adesione − risulti in regola con il versamento del premio assicurativo
RCO	la copertura assicurativa opera a condizione che, al momento del sinistro, il medico sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge, fatto salvo il caso in cui la mancata regolarità derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.
RCO – Malattie professionali	la copertura assicurativa opera a condizione che le malattie professionali: − siano riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o ritenute tali dalla magistratura − si siano manifestate in data successiva a quella di inizio della copertura assicurativa e comunque non oltre i 12 mesi successivi alla cessazione della copertura assicurativa medesima o del rapporto di lavoro, qualora antecedente la data di cessazione della copertura assicurativa − siano conseguenza di fatti colposi commessi e/o verificatisi durante il periodo di assicurazione, esclusi pertanto quelli commessi e/o verificatisi nel periodo di efficacia retroattiva
Somme dovute a strutture del SSN	la copertura assicurativa opera a condizione che il medico sia stato dichiarato responsabile o corresponsabile unicamente per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato in ordine ad una richiesta di risarcimento
Inquinamento	la copertura assicurativa opera limitatamente ai danni conseguenti a contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza del medico e che siano derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi
Responsabilità solidale	la copertura assicurativa opera limitatamente alla quota di diretta pertinenza del medico Assicurato
Ultrattività	la copertura assicurativa opera a condizione che l'estensione sia richiesta entro 30 giorni dal termine del periodo di assicurazione / estensione annuale in corso
Validità territoriale	la copertura assicurativa opera per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione, a condizione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia

PARTE X – ESCLUSIONI
Tabella 10.1 – RC Professionale n. IITDMM17A001321200000

sono escluse le richieste di risarcimento relative:

- al periodo di assicurazione cessato denunciate oltre 30 giorni dalla data di scadenza di tale periodo
- a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere antecedentemente alla data di inizio del periodo di efficacia retroattiva
- conseguenti a fatti e/o circostanze note all'Assicurato prima della Data di Continuità Assicurativa, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; limitatamente agli Assicurati che svolgono la propria attività in qualità di dipendenti o convenzionati di strutture, cliniche o istituti facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, non saranno considerate fatti e/o circostanze note eventuali azioni giudiziarie penali intentate contro l'Assicurato stesso
- a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che il medico abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, ovvero dopo che per qualunque motivo il medico venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa per ragioni connesse all'espletamento delle sue attività professionali

l'assicurazione non opera in caso di danni e perdite patrimoniali conseguenti a:

- mancata acquisizione del consenso esplicito ed informato del paziente
- obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico del medico
- esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale svolta dal medico
- prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici o non diagnostici o non di sperimentazione
- violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione
- proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore
- furto
- asbesto o qualsiasi sostanza contenente in qualsiasi forma o misura l'asbesto
- esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti l'attività professionale sanitaria, ferma la copertura delle richieste di risarcimento che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario e Dirigente Medico per l' attività di carattere medico

l'assicurazione non opera per:

- danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages)
- per danni e perdite patrimoniali causati alle cose di terzi detenute dal medico a qualsiasi titolo ed oggetto, utilizzo e/o strumento per lo svolgimento dell'attività
- la responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato, mentre è assicurata la responsabilità in capo al medico Assicurato per danni e perdite patrimoniali derivanti dai citati fatti commessi dal medico sostituto
- basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi, con finalità estetica, all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato. Tale esclusione non sarà operativa qualora l'attività svolta dall'Assicurato ed indicata nel Modulo di Adesione preveda espressamente l'inclusione della chirurgia estetica.

per la garanzia **Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)**

- sono escluse le richieste di risarcimento delle persone che abbiano provocato dolosamente il danno
- non sono considerati terzi i prestatori di lavoro qualora subiscano il danno per causa di lavoro e/o servizio
- non sono considerate terzi il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli del medico nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive

PARTE XI – PREMIO

Tabella 11.1 – RC Professionale n. IITDMM17A001321200000

Premio annuo
il premio è commisurato alla qualifica dell'Aderente
i premi sono rilevabili dalla tabella presente nella sezione "Scelta delle garanzie" del modulo di adesione

Premio alla firma
Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa dell'Attività Professionale svolta dall'Assicurato, varia in funzione dei massimale scelto, dal periodo di retroattività e dai sinistri pregressi, pertanto per il premio si rimanda al Modulo di Adesione.

Premio di rinnovo
il premio è pari al 100% del premio annuo

DIRITTI DELL'ASSICURANDO IN RELAZIONE ALL'UTILIZZO DI TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

L'Assicurando ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la seguente documentazione:

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente
- il modulo di adesione per l'apposizione della relativa sottoscrizione
- le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione

su supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) o altro supporto durevole (file in formato pdf a mezzo e-mail), nonché di modificare liberamente la scelta effettuata

In ogni caso, l'Assicurando ha il diritto di richiedere, senza oneri aggiuntivi, la ricezione su supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) della seguente documentazione:

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente
- il Modulo di Adesione per l'apposizione della relativa sottoscrizione
- le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione

L'intermediario invia e richiede all'assicurando la sottoscrizione e la ritrasmissione del modulo di adesione.
L'Assicurando, per la sottoscrizione e la restituzione, può utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) o altro supporto durevole (file in formato pdf a mezzo e-mail)