

**POLIZZA CONVENZIONE**  
N.° 777185025

## RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Esclusiva garanzia per rivalsa colpa grave da parte delle Strutture Ospedaliere private, per personale in rapporto di dipendenza o di lavoro subordinato privato, a tempo indeterminato o determinato, in servizio attivo con Struttura Ospedaliera privata convenzionata o non convenzionata, appartenente al ruolo di Infermiere/personale del comparto.

stipulata  
tra

### HORUS CONSULENTI ASSOCIATI

VIA D. MENICHELLA, 260  
00156 ROMA  
P.I. 05412361007

e

### ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 32.500.000,00 i.v.  
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fi scale e Partita IVA 08589510158  
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009  
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361  
Capitale Sociale € 60.000.000 i.v.

<b>Effetto:</b>	<b>dalle ore 24.00</b>	<b>del 01.04.2018</b>
<b>Scadenza:</b>	<b>alle ore 24.00</b>	<b>del 01.04.2023</b>



**SCHEDA DI COPERTURA**

**1. Assicuratore:**

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

**2. Contraente:**

HORUS CONSULENTI ASSOCIATI

**3. Assicurati:**

**I singoli soggetti dipendenti di Struttura Ospedaliera privata, che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla Polizza Convenzione**, con rapporto di lavoro subordinato privato a tempo indeterminato o determinato con Struttura Ospedaliera privata, convenzionata o non convenzionata, appartenenti al ruolo di Infermiere/ personale del comparto

**4. Periodo di Assicurazione:**

dalle 24.00 ore del 01/04/2018  
alle 24.00 ore del 01/04/2023

**5. Massimali per ciascun Assicurato:**

Euro 2.500.000,00 per sinistro / Euro 5.000.000,00 per annualità assicurativa

**6. Categorie assicurate e relativo contributo annuale individuale**

	Premio annuo lordo in Euro pro capite
<b>Infermieri</b>	<b>46,00</b>
<b>Personale sanitario del Comparto</b>	<b>46,00</b>
<b>OTA – OSS</b>	<b>46,00</b>
<b>Restante personale non sanitario</b>	<b>46,00</b>
<b>CONDIZIONI PARTICOLARI / AGGIUNTIVE</b>	
<b>AA) Garanzia postuma illimitata</b>	9,00
<b>RT) Retroattività temporale</b>	5,00

**7. Agenzia**

HORUS CONSULENTI ASSOCIATI in qualità di Agente Mandatario dell'Impresa Assicuratrice.

## DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per

### **Convenzione / Accordo quadro**

La convenzione tra HORUS CONSULENTI ASSOCIATI e gli Assicuratori.

### **Assicurati**

**I singoli soggetti dipendenti di Struttura Ospedaliera privata, che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla Polizza Convenzione**, con rapporto di lavoro subordinato privato a tempo indeterminato o determinato con Struttura Ospedaliera privata, convenzionata o non convenzionata, appartenenti al ruolo di Infermiere/personale del comparto

### **Assicurazione**

La copertura assicurativa offerta dalla Convenzione agli Assicurati.

### **Certificato di Assicurazione**

Il documento che attesta l'adesione del singolo assicurato alla Convenzione.

### **Assicuratori**

L'Impresa di Assicurazione indicata al punto 1 della Scheda di Copertura.

### **HORUS**

La Società indicata al punto 7 della Scheda di Copertura, quale incaricata della gestione ed esecuzione della Convenzione.

### **Contraente**

La Società indicata al punto 2 della Scheda di Copertura che sottoscrive il contratto in nome e per conto degli assicurati stessi senza assumere alcuna obbligazione, incluso il pagamento del premio che si intende a carico esclusivo di ciascun assicurato.

### **Polizza**

Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

### **Premio**

La somma dovuta da ciascun Assicurato agli Assicuratori.

### **Modulo di Adesione**

Il Modulo che ciascun Assicurato sottoscrive per manifestare la volontà di aderire alla Convenzione.

### **Soggetto collettore**

L'Associazione alla quale l'Assicurato è associato.

### **Danni Materiali**

Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).

### **Danni Patrimoniali**

Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali come sopra definiti.

### **Massimale**

La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

### **Richiesta di Risarcimento**

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto connotato da errore od omissione attribuiti all'Assicurato a titolo di colpa grave, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto connotato da errore od omissione commesso per colpa grave;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- la comunicazione con la quale la struttura sanitaria privata o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave,
- circostanze dalle quali derivi un'azione di rivalsa esperita dall'Azienda di appartenenza o dalla Impresa di Assicurazione.

**Sinistro**

La richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di assicurazione e dalla quale derivi un'azione di rivalsa esperita dall'Azienda di appartenenza o dalla Impresa di Assicurazione.

**Struttura Ospedaliera privata**

L'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario privati convenzionati o non convenzionati presso il quale l'Assicurato ha un rapporto di lavoro subordinato privato.

**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne gli assicurati da quanto dagli stessi dovuto quali civilmente responsabili ai sensi di legge esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a loro Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto o in parte responsabile con sentenza passata in giudicato, che abbiano causato a terzi la morte, lesioni personali, ovvero danni materiali a beni tangibili, nello svolgimento dell'attività Istituzionale/ professionale e derivanti:

- dall'azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazioni ai sensi delle Condizioni di Assicurazione della polizza Aziendale;
- dall'azione di rivalsa esperita direttamente dall'Azienda di Privata appartenenza.

**Art. A. ESCLUSIONI**

L'assicurazione non vale per i danni:

- A1. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.) salvo che per l'attività diagnostica e terapeutica oggetto dell'assicurazione;
- A2. che insorgono in occasione di guerra, invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

Limitatamente alle figure del Direttore Generale, Direttore Amministrativo e dei Dirigenti non sanitari, s'intendono inoltre esclusi i danni patrimoniali (v. definizioni) conseguenti ad attività di natura amministrativa.

**Art. B. LIMITI DI INDENNIZZO**

L'assicurazione vale per i risarcimenti (capitale, interessi e spese) fino a concorrenza massima complessiva dei massimali indicati al Punto 5 della Scheda di Copertura, in aggiunta alle spese di difesa di cui all'articolo 8 che ne regola la garanzia.

L'Assicurazione vale esclusivamente per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale di un Assicurato con altri soggetti (assicurati o non assicurati), gli Assicuratori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

**Art. C. COMANDO PRESSO STRUTTURA SANITARIA PRIVATA DIVERSA**

Nel caso di comando temporaneo dell'Assicurato presso una Struttura Sanitaria Privata diversa da quella dalla quale l'Assicurato stesso dipende al momento dell'adesione alla presente Convenzione, l'Assicurazione s'intende automaticamente estesa e operante.

**Art. D. CESSAZIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO**

Oltre agli altri casi previsti dalla legge e dal presente contratto, il rapporto assicurativo cessa:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
  - in tal caso l'assicurazione, inclusa la garanzia Postuma Illimitata qualora attivata, si intende comunque estesa ai suoi eredi e non è assoggettabile a recesso;
- in caso di cessazione da parte dell'Assicurato dell'esercizio della professione per pensionamento e/o cancellazione dall'Albo professionale;
- in caso di radiazione o sospensione per qualsiasi motivo dall'Albo professionale.

**Il rapporto si estingue con la prima scadenza annuale del contratto in ipotesi di decesso dell'Assicurato o di cessazione dell'attività; con effetto immediato invece in ipotesi di radiazione o di sospensione dall'Albo di appartenenza.**

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

**Art. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

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

**Art. 2. DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE**

- Il contratto è stipulato per la durata di anni 5 (cinque) e termina senza alcun obbligo di disdetta per ambo le parti a decorrere dalle ore 24 del giorno di scadenza del periodo di assicurazione indicato al punto 4 della Scheda di copertura.
- La Parte Contraente ha facoltà di dare disdetta al presente contratto ad ogni scadenza del periodo di assicurazione annuale, con preavviso non inferiore a 60 giorni.
- Gli Assicurati hanno facoltà di dare disdetta ad ogni scadenza annuale del proprio certificato di adesione, con preavviso non inferiore a 60 giorni antecedenti alla scadenza.
- Nel caso la Parte Contraente esercitasse il diritto di disdetta prima della scadenza contrattuale quinquennale, ogni certificato di adesione perderà efficacia dalla propria prima scadenza annuale successiva alla data di disdetta della presente polizza, senza alcun obbligo di disdetta.
- Nel caso in cui il contratto, alla scadenza quinquennale non venisse rinnovato, i certificati di adesione ancora in vigore perderanno efficacia dalla propria prima scadenza annuale successiva alla data di scadenza della presente polizza, senza alcun obbligo di disdetta.
- Gli Assicuratori sono obbligati a mantenere fermo il contratto, senza variazioni di premio e condizioni, per la durata di cinque anni.

**Art. 3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

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

**Art. 4. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

**Art. 5. DIMINUIZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso di diminuzione del rischio gli Assicuratori sono tenuti a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**Art. 6. ALTRE ASSICURAZIONI**

Solo in caso di sinistro l'Assicurato deve comunicare per iscritto agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile e deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i Massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di copertura.

**Art. 7. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia Horus Consulenti Associati oppure agli Assicuratori entro trenta giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

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

**Art. 8. GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI**

Nei casi di operatività della polizza, la Società assume la gestione delle vertenze nell'interesse dell'Assicurato, designando propri legali e tecnici ed esercitando tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

**Art. 9. ONERI FISCALI**

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

**Art. 10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

**Art. 11. INIZIO E LIMITI ALL'OGGETTO DELLA GARANZIA. RETROATTIVITA' TEMPORALE.**

L'assicurazione vale solo per le richieste di risarcimento pervenute alla Società dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto e conseguenti a comportamenti gravemente colposi posti in essere non oltre 10 (dieci) anni antecedenti la data di effetto della Polizza. Trova in ogni caso piena applicazione l'art.1892 c.c.. Tuttavia se l'Assicurato aveva stipulato con Assicuratrice Milanese e per il medesimo rischio una polizza o più polizze in successione nel tempo sostituite o riprese dalla presente senza nessuna interruzione della garanzia, il contratto è operante anche per i sinistri originati da comportamenti colposi posti in essere durante la vigenza della polizza o delle polizze precedenti, ancorché non denunciati all'atto della stipula della nuova polizza con esclusione della applicazione dell'art.1892 c.c.

**Art. 12. GESTIONE DELLA CONVENZIONE**

La Horus Consulenti Associati, in qualità di Agente mandatario di Assicuratrice Milanese S.p.A., è incaricata della gestione ed esecuzione della presente Convenzione.

**Art. 13. GARANZIA POSTUMA EX LEGGE 8/3/2017 N.24**

L'assicurazione vale a favore dell'Assicurato e/o dei suoi Eredi per gli errori commessi e i sinistri avvenuti nel periodo di validità del contratto in qualunque momento contestati dal paziente per i casi di cessazione attività professionale e di cancellazione dall'Albo, sempre che il fatto che ha dato origine alla richiesta si sia verificato nel periodo ricompreso tra la data di stipula del contratto e la sua cessazione. Egualmente la garanzia postuma opera a favore degli Eredi per il caso di morte del Professionista in pendenza del contratto di assicurazione senza alcun onere o costo aggiuntivo, escluso il caso di suicidio e eutanasia.

**CONDIZIONI PARTICOLARI / AGGIUNTIVE**

**AA) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA.**

(Valida solo se richiamata nell'apposito spazio previsto dal Certificato di Assicurazione e versato il relativo premio)

L'assicurazione vale a favore dell'Assicurato e/o dei suoi Eredi per gli errori commessi e i sinistri avvenuti nel periodo di validità del contratto in qualunque momento contestati dal paziente, per tutte le richieste di risarcimento che pervengono in qualsiasi momento successivo alla data di cessazione del contratto, sempre che il fatto che ha dato origine alla richiesta si sia verificato nel periodo ricompreso tra la data di stipula del contratto e la sua cessazione, per qualsiasi altra situazione non prevista all'art.13 GARANZIA POSTUMA EX LEGGE 8/3/2017 N.24.

**RT) RETROATTIVITA' TEMPORALE**

(Valida solo se richiamata nell'apposito spazio previsto dal Certificato di Assicurazione e versato il relativo premio)

L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Società dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto, qualunque sia l'epoca in cui è stato commesso il fatto che ha dato origine alla richiesta di risarcimento. Trova in ogni caso piena applicazione l'art.1892 c.c.

Tuttavia se l'Assicurato aveva stipulato con Assicuratrice Milanese e per il medesimo rischio una polizza o più polizze in successione nel tempo sostituite o riprese dalla presente senza nessuna interruzione della garanzia, il contratto è operante anche per i sinistri originati da comportamenti colposi posti in essere durante la vigenza della polizza o delle polizze precedenti, ancorché non denunciati all'atto della stipula della nuova polizza con esclusione della applicazione dell'art.1892 c.c.

#### DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per aderire alla presente Convenzione ogni Assicurando dovrà compilare e sottoscrivere l'apposito Modulo d'Adesione (Allegato n. 1) ed inviarlo a mezzo fax o consegnarlo al soggetto collettore, che provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire all'Agenzia Horus Consulenti Associati, mensilmente, l'elenco delle adesioni ricevute.

La decorrenza della copertura assicurativa riferita al singolo Assicurato assume efficacia come segue:

- A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della presente Polizza e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della presente Polizza.  
Resta convenuto fra le Parti che si intenderanno comunque esclusi dalla copertura assicurativa i Sinistri dei quali l'Assicurato sia già a conoscenza e/o per i quali abbia già ricevuto notifica, prima della data di adesione alla presente garanzia.  
Per quanto riguarda la retroattività della garanzia saranno validi i termini previsti dall'Art. 11;
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della presente Polizza e abbiano provveduto al pagamento del premio, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione ed avrà durata di un anno a partire da tale data.  
Resta convenuto fra le Parti che si intenderanno comunque esclusi dalla copertura assicurativa i sinistri dei quali l'Assicurato sia già a conoscenza e/o per i quali abbia già ricevuto notifica, prima della data di decorrenza della garanzia come sopra stabilita.  
Per quanto riguarda la retroattività della garanzia saranno validi i termini previsti dall'art. 11.

L'Agenzia Horus Consulenti Associati, provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio così come previsto ai punti A. e B. del presente articolo ed a quanto previsto dall'articolo "Modalità di pagamento del premio" sottostante.

Ad ogni scadenza annuale, inoltre, viene data la facoltà di aderire alla Convenzione a tutti i dipendenti che non l'abbiamo fatto in precedenza e/o ai neoassunti, sempre nel rispetto delle modalità sopra stabilite.

Per coloro che abbiano aderito alla Convenzione fin dal primo anno e non abbiano dato disdetta nei 60 giorni antecedenti la scadenza annuale, la copertura s'intenderà automaticamente rinnovata senza che l'Assicurato debba sottoscrivere un nuovo Modulo di Adesione.

L'Agenzia Horus Consulenti Associati, provvederà ad inoltrare agli Assicuratori, mensilmente, appendice di incasso, contenente elenco dei certificati emessi ed incassati corredato dei seguenti dati identificativi:

- n.° del certificato;
- modalità di pagamento;
- premio lordo incassato;
- nonché copia dei certificati di assicurazione emessi ed incassati contenuti nell'elenco stesso.

L'Agenzia Horus Consulenti Associati provvederà pertanto altresì alla regolarizzazione contabile attraverso il versamento della somma dei premi derivanti dall'elenco contenuto nell'appendice di cui sopra, al netto delle proprie competenze, a favore degli Assicuratori.

#### MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte di ciascun Assicurato dovrà avvenire, per i casi di cui ai punti A. e B. dell'articolo "DISCIPLINA DELLE ADESIONI", in unica soluzione.

Il pagamento del premio deve intendersi a favore della Horus Consulenti Associati in qualità di Agente mandatario dell'Impresa assicuratrice.

#### CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AGLI ASSICURATI

Conformemente a quanto stabilito dal Regolamento ISVAP n.° 5 del 16 ottobre 2006, nonché dal regolamento n.° 35 del 26 maggio 2010 il Contraente è obbligato a consegnare le condizioni di assicurazione, prima dell'adesione all'Assicurato.

#### SOTTOSCRIZIONI

<i>Data</i>	<i>Assicuratrice Milanese S.p.A.</i>	<i>Il Contraente</i>

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente l'art. 11 – Inizio e limiti all'oggetto della garanzia "Retroattività temporale"

<i>Data</i>	<i>Il Contraente</i>