

POLIZZA CONVENZIONE
N.° 777195027TL

**POLIZZA DI TUTELA LEGALE
PER PERSONALE OSPEDALIERO
LAVORATORI SUBORDINATI DIPENDENTI
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

in servizio attivo od in quiescenza, con il **Servizio Sanitario Nazionale** appartenenti ai seguenti ruoli:
Direzione Strategica Ruolo Sanitario - Ruolo Professionale
- Ruolo Amministrativo - Componente del Comitato Etico e del Collegio dei Sanitari

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 € 35.000.000,36 i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale 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.

Effetto: dalle ore 24.00 del 31.10.2019
Scadenza: alle ore 24.00 del 31.10.2024



SCHEDA DI COPERTURA

1. Assicuratore:

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

2. Contraente:

HORUS CONSULENTI ASSOCIATI

3. Assicurati:

Personale ospedaliero lavoratori subordinati Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla Polizza Convenzione, in rapporto di dipendenza, in servizio attivo od in quiescenza, con il **Servizio Sanitario Nazionale** appartenenti ai seguenti ruoli: Direzione Strategica – Ruolo Sanitario – Ruolo Professionale – Ruolo Amministrativo – Componente del Comitato Etico e del Collegio dei Sanitari.

4. Periodo di Assicurazione:

dalle 24.00 ore del 31/10/2019
alle 24.00 ore del 31/10/2024

5. Massimali per ciascun Assicurato:

La somma di € 31.000,00 per evento illimitato per anno

6. Categorie assicurate e relativo contributo annuale individuale

	Premio annuo lordo in Euro pro capite
Direttori Sanitario e Sociale	232,00
Dirigente Medico e Veterinario	232,00
Dirigente Sanitario non medico	170,00
Componenti del Comitato Etico	232,00
Medici Specialisti in Formazione	232,00
Medici Convenzionati	232,00
Medici Contrattisti	232,00
Ostetriche	160,00
Direttore Generale (**)	170,00
Direttore Amministrativo (**)	170,00
Personale in quiescenza	50% del premio annuo lordo procapite

(**) vedasi Art. A. – Esclusioni

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, che abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione alla Polizza Convenzione, in rapporto di dipendenza, in servizio attivo od in quiescenza, con il **Servizio Sanitario Nazionale** appartenenti ai seguenti ruoli: Direzione Strategica – Ruolo Sanitario – Ruolo Professionale – Ruolo Amministrativo – Componente del Comitato Etico e del Collegio dei Sanitari.

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.

Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza

L'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al **Servizio Sanitario Nazionale**, presso il quale l'Assicurato ha o abbia avuto un rapporto di dipendenza.

Arbitrato

È una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono dire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.

Assistenza stragiudiziale

È quella attività che viene svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza prima del ricorso al giudice o per evitarlo.

Sinistro

La controversia o il procedimento per i quali è prestata l'Assicurazione.

Contravvenzione

È un reato (vedi alla voce Reati). Nelle contravvenzioni non si considera l'elemento psicologico e cioè la volontarietà di chi lo ha commesso: per la legge è irrilevante se il fatto è stato commesso volontariamente o involontariamente. Le contravvenzioni sono punite con l'arresto e/o l'ammenda.

Copertura

Il contenuto delle garanzie individuato nelle Condizioni di Assicurazione alla voce "Eventi coperti dall'Assicurazione".

Delitto colposo

È solo quello espressamente previsto come tale (e a tale titolo contestato) dalla legge penale commesso per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di leggi, ma senza volontà né intenzione di causare l'evento lesivo.

Delitto doloso

È doloso, o secondo l'intenzione, qualsiasi delitto all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi o preterintenzionali.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Insorgenza (del Sinistro)

Coincide con il momento in cui inizia la violazione anche presunta di una norma di legge o di Contratto.

- nel penale: il momento in cui sarebbe stato commesso il Reato; si ricava dalla informazione di garanzia e non ha nulla a che fare con la data di notificazione di quest'ultima
- nell'Extracontrattuale: il momento in cui si verifica l'evento dannoso, indipendentemente dalla data di richiesta del Risarcimento;
- nel Contrattuale: il momento in cui una delle parti avrebbe posto in essere il primo comportamento in violazione di norme contrattuali.

Massimale

La somma entro la quale la Società risponde per ogni Caso assicurativo/Sinistro.

Oneri fiscali (a carico dell'Assicurato)

Spese di bollatura di documenti da produrre in giudizio o di trascrizione, registrazione di atti (sentenze, decreti, ecc.).

Procedimento penale

Inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo – doloso – preterintenzionale) del Reato ascritto. Per la garanzia di Polizza, è essenziale la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio), salvo quanto previsto per la garanzia aggiuntiva "Procedimenti penali per delitti dolosi".

Reato

Violazione di norme penali. I reati si distinguono in delitti e contravvenzioni e comportano pene diverse, detentive e/o pecuniarie (Per Delitti: reclusione, multa. Per Contravvenzioni: arresto, ammenda).

Sanzione amministrativa

Misura che l'ordinamento adotta per colpire un illecito amministrativo. È quindi solo impropriamente che le Sanzioni amministrative si definiscono Contravvenzioni, che invece sono veri e propri Reati (vedi alla voce relativa). Può colpire sia le persone fisiche che le persone giuridiche. Può consistere nel pagamento di una somma di denaro oppure nella sospensione o decadenza da licenze o concessioni o espulsioni da determinati istituti pubblici. La competenza a comminare la Sanzione amministrativa di solito è dell'Autorità amministrativa ma in alcuni casi viene comminata dall'Autorità giudiziaria.

Spese di giustizia

Sono le spese del processo che, in un Procedimento penale, il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile invece le spese della procedura vengono pagate dalle parti, contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e, a conclusione del giudizio, il soccombente è condannato a rifonderle.

Spese di soccombenza

Sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti (vedi alla Voce Diritto civile).

Spese peritali

Sono quelle relative all'opera del perito nominato dal giudice (C.T.U.- consulente tecnico di ufficio) o dalle parti (C.T.P. - consulente di parte).

Transazione

Accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ARTICOLO 1 – PAGAMENTO DEL PREMIO

I premi devono essere pagati all'Intermediario cui la polizza è assegnata, oppure alla Società. A parziale deroga dell'art. 1901 Cod. Civ. se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ARTICOLO 2 - PROROGA E DISDETTA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, da comunicare alla Direzione della Società o all'Intermediario mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno, e così via.

ARTICOLO 3 – ANTICIPATA RISOLUZIONE DEL CONTRATTO - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

In caso di cessazione del rischio il contratto si scioglie se il Contraente ne fornisce immediata e documentata comunicazione alla Società, fermo restando l'obbligo per il Contraente del pagamento delle rate di premio nel frattempo già scadute. Dopo ogni denuncia di caso assicurativo e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, la Società può, mediante invio di lettera raccomandata, recedere dall'assicurazione, con preavviso di almeno 60 giorni.

In tal caso essa, entro i 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso. La suddetta facoltà di recesso è applicabile anche al Contraente.

ARTICOLO 4 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – BUONA FEDE

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte dell'Assicurato / Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale od involontaria dello stesso, non pregiudicheranno questa assicurazione, **sempreché tali errori od omissioni siano avvenute in buona fede. Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.**

ARTICOLO 5 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato e il Contraente sono tenuti devono essere fatte per iscritto (in particolare la disdetta deve essere comunicata con lettera raccomandata, come previsto all'Articolo 2) e indirizzate alla Direzione della Società o all'Intermediario cui la polizza è assegnata.

ARTICOLO 6 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione alla Società dell'esistenza e/o della successiva stipulazione, con la Società stessa o con altri Assicuratori, di altre polizze che assicurano il medesimo rischio. In caso di sinistro, il Contraente e l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

ARTICOLO 7 – ESTENSIONE TERRITORIALE DELLE GARANZIE

La garanzia riguarda i sinistri che insorgano e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti:

- nelle ipotesi di procedimento penale: in tutti gli Stati d'Europa;
- nelle ipotesi di vertenze contrattuali: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

ARTICOLO 8 – RIPENSAMENTO

Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, tramite invio di comunicazione, mediante lettera raccomandata AR, alla Società. Il termine che precede decorre dal giorno successivo alla data di ordine bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del premio. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del premio versato.

ARTICOLO 9 – DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e la Società sulle possibilità di esito positivo, o comunque più favorevole all'Assicurato, di un Giudizio o di un ricorso al Giudice Superiore, la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi. Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge. L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere dalla Società la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito dalla Società stessa, in linea di fatto o di diritto.

ARTICOLO 10 – RECUPERO SOMME

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta alla Società quanto liquidato a favore anche dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari.

ARTICOLO 11 – FORO COMPETENTE

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, l'esecuzione o la risoluzione del presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria di Modena. Sarà tuttavia facoltà della Società adire l'Autorità Giudiziaria del luogo ove il contratto è stato

stipulato e dove lo stesso deve essere eseguito. Qualora il Contraente possa essere identificato quale "Consumatore", per la fase giudiziale della controversia è competente il Foro del luogo di residenza o dove ha sede legale il Contraente e/o l'Assicurato. Ove venga attivato un procedimento stragiudiziale di mediazione (ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive integrazioni e modificazioni), sia esso obbligatorio o facoltativo e salvo diversa previsione di legge, tale procedimento dovrà svolgersi in una sede individuata nel Comune di Modena.

ARTICOLO 12 – IMPOSTE

Le imposte dipendenti dal presente contratto sono a carico del Contraente, anche se il loro pagamento sia stato anticipato dalla Società.

ARTICOLO 13 – RICHIAMO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono regolati dal presente contratto, dalle sue appendici e - per quanto ivi non precisato - dalle norme di legge.

**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE
DELLE ATTIVITÀ MEDICHE DEI MEDICI LAVORATORI SUBORDINATI DIPENDENTI DI STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE**

ARTICOLO 14 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assume a proprio carico, **nei limiti del massimale e delle condizioni previste in polizza**, il rischio dell'Assistenza stragiudiziale e giudiziale che si renda necessaria, a tutela dei diritti degli Assicurati, conseguenti ad un sinistro rientrante in garanzia, **nel limite delle prestazioni professionali effettivamente espletate e documentate, quantificate secondo i minimi previsti dalle tariffe professionali tempo per tempo vigenti, con liquidazione entro il 30/6 ed il 31/12 di ciascun anno delle prestazioni svolte nell'esercizio.**

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di legali o periti/tecnici nominati dalla Società la garanzia si intende priva di limiti e quindi illimitata nell'importo delle prestazioni.

Vi rientrano le spese:

- per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del caso assicurativo;
- per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- di giustizia;
- liquidate a favore di controparte in caso di soccombenza con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
- conseguenti ad una transazione autorizzata dalla Società, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate dalla Società;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- di indagini per la ricerca di prove a difesa, nei procedimenti penali;
- per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'Assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli Organismi di Mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici;

La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati nei casi in cui il Contraente non possa portarla in detrazione, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

ARTICOLO 15 – AMBITO DELLE PRESTAZIONI

La garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato qualora, nell'ambito della propria attività di medico svolta in qualità di lavoratore subordinato dipendente di Struttura Pubblica:

- a) sia sottoposto a procedimento penale per delitto colposo o per contravvenzione. Sono compresi, a parziale deroga di quanto stabilito all'Art. 18 "ESCLUSIONI", i procedimenti penali per delitti colposi e per contravvenzioni derivanti da violazioni in materia fiscale ed amministrativa.
- b) sia sottoposto ad un'azione di rivalsa della Struttura Pubblica per colpa grave d'innanzi alla Corte dei conti.

ARTICOLO 16 – RETROATTIVITÀ

In deroga all'Art. 19 "Insorgenza del sinistro", qualora nel periodo precedente alla data della stipulazione del contratto fosse operante a favore del Contraente altra polizza di Tutela Legale, viene concessa la pregressa di un anno per permettere la continuità della garanzia.

In tale ipotesi, la garanzia è operante per i sinistri originati da fatti posti in essere nei dieci anni precedenti alla data di stipulazione del contratto, a condizione che il Contraente dichiari, con il richiamo della presente condizione, di non essere a conoscenza di alcuna circostanza, atto o fatto che possa determinare l'insorgere di un sinistro assistibile a termini del presente contratto.

ARTICOLO 17 – PERSONE ASSICURATE

Le garanzie operano a favore del Medico lavoratore subordinato dipendente di Struttura Pubblica in relazione alle esclusive attività svolte in tale veste.

ARTICOLO 18 - ESCLUSIONI

Le garanzie sono escluse per:

- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni o aeromobili;
- controversie o procedimenti relativi a responsabilità non direttamente conseguenti all'espletamento delle funzioni dichiarate;

- fatti sorti in relazione ad eventi conseguenti ad atti di guerra, occupazione militare, invasione, insurrezione, tumulti popolari, terrorismo e sabotaggio organizzato, da chiunque provocati;
- materia fiscale/tributaria e materia amministrativa;
- controversie e procedimenti relativi ad inadempienze contrattuali, salvo quanto espressamente previsto dall'art. 15, lett. b);
- controversie e procedimenti riferibili a beni immobili;
- controversie relative a diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva e concorrenza sleale;
- controversie e procedimenti riguardanti il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere irrogate direttamente all'Assicurato;
- controversie relative a rapporti tra Soci, e/o Amministratori o ad operazioni di trasformazione, fusione, partecipazione societaria e acquisto/cessione/affitto di azienda;
- fatti dolosi delle persone assicurate;

ARTICOLO 19 - INSORGENZA DEL SINISTRO - OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA

Il sinistro si intende insorto e quindi verificato nel momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia riguarda i sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di decorrenza del contratto, con le seguenti eccezioni:

- Trascorsi 60 giorni dalla decorrenza del contratto se si tratta di controversie di natura contrattuale.

Inoltre:

- 1) Se il contratto è emesso in sostituzione di analogo contratto precedentemente in essere con la Società per i medesimi rischi e purché il contratto sostituito abbia avuto una durata minima di 60 giorni, la garanzia assicurativa riguarda i sinistri che insorgono dalle ore 24 del giorno di stipulazione del nuovo contratto;
- 2) La garanzia opera anche prima della notifica all'Assicurato dell'Informazione di Garanzia, nei casi di Presentazione spontanea (art. 374 del Codice di Procedura Penale), di invito a presentarsi (art. 375 del Codice di Procedura Penale) e di Accompagnamento coattivo (art. 376 del Codice di Procedura Penale);
- 3) La garanzia non ha luogo per i sinistri insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della stipulazione del contratto, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da uno degli stipulanti;
- 4) Nell'ipotesi di vertenze aventi per oggetto controversie di diritto civile di natura contrattuale, ove l'inadempimento si riferisse a prestazione di servizi commissionata e successivamente contestata dall'Assicurato, si intendono comprese in garanzia anche le controversie direttamente o indirettamente derivanti da materie escluse dalle garanzie di polizza;
- 5) Il sinistro è unico a tutti gli effetti, in presenza di vertenze, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- 6) Il sinistro è unico a tutti gli effetti, in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento/fatto nei quali siano coinvolte una o più persone assicurate;
- 7) In caso di vertenza tra più Assicurati, nell'ambito dello stesso contratto, la garanzia verrà prestata solo a favore del Contraente.

ARTICOLO 20 - DENUNCIA DEL SINISTRO E SCELTA DEL LEGALE

L'Assicurato e/o il Contraente deve tempestivamente denunciare il sinistro alla Società, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro. L'Assicurato e/o il Contraente dovrà far pervenire alla Direzione Generale della Società la notizia di ogni atto a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Il ritardo di oltre due anni, comporterà la prescrizione del diritto alla garanzia ex art. 2952 Il comma Codice Civile. Contemporaneamente alla denuncia del sinistro, l'Assicurato può indicare alla Società un legale - residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia - al quale affidare la pratica per il **seguito giudiziale**, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo. **Se l'Assicurato sceglie un Legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la Società garantirà gli onorari del Legale domiciliatario, con il limite della somma di euro 3.000,00. Tale somma è compresa nei limiti del massimale per sinistro e per anno.**

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Legale nel caso di conflitto di interessi con la Società.

ARTICOLO 21 - GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia del sinistro, la Società (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. **A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare alla Società, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia.** In tale fase stragiudiziale, la Società valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione. Ove la composizione bonaria non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la Società trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Articolo 20.

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- l'Assicurato deve tenere aggiornata la Società su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza.
- gli incarichi ai periti devono essere preventivamente concordati con la Società, pena il mancato rimborso della relativa spesa;
- gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con la Società, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione della Società, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico della Società, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente

impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benessere - i quali verranno ratificati dalla Società, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.

L'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo verrà estesa a due tentativi. La Società non è responsabile dell'operato di legali e periti.

Art. 22. GESTIONE DELLE 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.

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 ad HORUS che provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire 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. 16;
- 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. 16.

L'Agenzia HORUS 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 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 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 HORUS in qualità di Agenzia mandataria dell'Impresa assicuratrice.

CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AGLI ASSICURATI

Conformemente a quanto stabilito dal regolamento IVASS N.41 del 2 agosto 2018 il Contraente è obbligato a consegnare il "SET INFORMATIVO", 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. 16 – RETROATTIVITÀ

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