

**POLIZZA CONVENZIONE**  
N.° 777205002

**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE  
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 – Medici dirigenti - Ruolo Sanitario - Ruolo Professionale  
- Ruolo Amministrativo - Componente del Comitato Etico e del Collegio dei Sanitari

stipulata  
tra

**FESMED**

Federazione Sindacale Medici Dirigenti  
Via G. Abamonti, 1  
20129 Milano

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 01.03.2020  
**Scadenza:** alle ore 24.00 del 01.03.2025

# ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

## SCHEDA DI COPERTURA

1. **Assicuratore:**

ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

2. **Contraente:**

Federazione Sindacale Medici Dirigenti

3. **Assicurati:**

I singoli soggetti Soci di FESMED 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 – Medici dirigenti - Ruolo Sanitario – Ruolo Professionale – Ruolo Amministrativo – Componente del Comitato Etico e del Collegio dei Sanitari.

4. **Periodo di Assicurazione:**

dalle 24.00 ore del 01/03/2020  
alle 24.00 ore del 01/03/2025

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
Direttori Sanitario e Sociale	344,00
Direttore Unità Operativa	344,00
Dirigente Medico e Veterinario	344,00
Componenti del Comitato Etico	344,00
Medici Specialisti in Formazione	344,00
Medici Convenzionati	344,00
Medici Contrattisti	344,00
Direttore Generale (**)	238,00
Direttore Amministrativo (**)	238,00
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 FESMED 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 – Medici dirigenti – 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.

**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, fra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenere responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore di omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
- la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- 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 pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenere 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 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.



**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 appartenenza e/o dalla Pubblica Amministrazione in genere nei casi previsti dalla legge limitatamente ai sinistri dalla stessa pagati.

**Art. A. ESCLUSIONI**

L'assicurazione non vale per i danni:

- 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;
- 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 PUBBLICA DIVERSA**

Nel caso di comando temporaneo dell'Assicurato presso una Struttura Sanitaria Pubblica 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. ACQUISIZIONE E/O VARIAZIONE DI NUOVA SPECIALIZZAZIONE E/O ACQUISIZIONE DI NUOVA QUALIFICA**

L'assicurazione opera anche nei seguenti casi:

- variazione della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza;
- variazione/ acquisizione di nuova specializzazione presso la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o presso altra Struttura Sanitaria Pubblica;
- variazione della Qualifica dell'Assicurato.

In tali casi l'eventuale adeguamento del premio sarà dovuto con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al mutamento dell'attività.

L'Assicurato dovrà informare gli Assicuratori delle eventuali variazioni/acquisizioni mediante comunicazione scritta.

**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. DIMINUZIONE 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 VERTEENZE DI DANNO**

Nei casi di operatività della polizza, la Società assume la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che amministrativo, che penale, nell'interesse dell'Assicurato, designando propri legali e tecnici ed esercitando tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

I costi inerenti ai legali e ai tecnici nominati dalla Società restano interamente a carico della medesima anche oltre il massimale previsto in polizza, senza limite di importo.

Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di un legale e di un tecnico di sua fiducia nonché in ipotesi di potenziale insorgenza di conflitti di interesse, dovrà indicarlo alla Società. La Società riconoscerà all'Assicurato le spese legali e peritali da questi sostenute per resistere alle azioni promosse nei suoi confronti, 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 31/12 di ciascun anno delle prestazioni svolte nell'esercizio, con applicazione di una franchigia di euro 516 per sinistro.

Sono esclusi dalla garanzia il pagamento di multe, ammende, sanzioni in genere e oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere ecc.).

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e l'Impresa sulla gestione del sinistro, le parti possono adire all'autorità giudiziaria o demandare la decisione sul comportamento da tenere ad un arbitro che provvede secondo equità.

**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. RETROATTIVITÀ 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 anche a comportamenti gravemente colposi posti in essere prima della data di effetto della presente polizza.

Tuttavia, per i fatti e/o comportamenti anteriori alla stipula della presente Polizza, l'assicurazione viene contratta limitatamente ed esclusivamente per le responsabilità in relazione alle quali l'Assicurato non abbia ricevuto alla data di stipula alcuna Richiesta di Risarcimento (v. definizione). In tal senso, ai fini di quanto previsto dall'Art. 1892 c.c., l'Assicurato dichiara di non aver ricevuto alcuna Richiesta di Risarcimento (v. definizione) in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della stipulazione del contratto e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far sorgere un obbligo di risarcimento a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione ora resa può comportare la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

**Art. 12. 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.

**CONDIZIONI PARTICOLARI/AGGIUNTIVE**

**GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA**

L'Assicurazione copre tutti gli errori dipendenti da colpa grave commessi e i sinistri avvenuti nel periodo di validità del contratto, in qualsiasi momento contestati, senza limite di tempo. La garanzia si estende automaticamente a favore degli eredi per il caso di morte dell'Assicurato in pendenza del contratto di assicurazione senza alcun onere o costo aggiuntivo, con la sola esclusione dei casi di eutanasia o suicidio.

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

# ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

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.

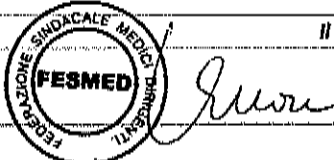
### CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AGLI ASSICURATI

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

Data	Assicuratrice Milanese S.p.A.	Il Contraente
		

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"

Data	Il Contraente
	





# ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

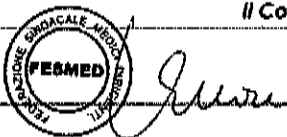
## CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AGLI ASSICURATI

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

Data	Assicuratrice Milanese S.p.A.	
------	-------------------------------	--

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente l'art. 16 - RETROATTIVITÀ

Data	
------	--

