

## ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA CONVENZIONE N. 777195027

### GLOSSARIO

#### IL SIGNIFICATO ATTRIBUITO ALLE PAROLE NEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE È INDICATO NELLE SEGUENTI DEFINIZIONI

*Le definizioni date al singolare si intendono anche per il plurale e viceversa.*

*Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, presenti nel testo contrattuale sono indicate con la lettera iniziale maiuscola.*

**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.

**Assicuratore:** Assicuratrice Milanese S.p.A.

**Contraente:** la Società Horus Consulenti Associati 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.

**Claims Made:** formula di Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole richieste di risarcimento ricevute dall'Assicurato per la prima volta nel periodo di vigenza dell'Assicurazione anche se riferite a fatti pregressi.

**Danni:** le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'Assicurazione. I Danni possono essere patrimoniali o non patrimoniali.

**Danni non patrimoniali:** tutti i Danni conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

**Danni patrimoniali:** il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose ed anche conseguente ai Danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

**Denuncia:** atto con il quale l'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro ad Assicuratrice Milanese.

**Fatti Noti:** fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo conoscibili o conosciuti dall'Assicurato tali che, se l'assicuratore ne fosse stato a conoscenza non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, ai sensi dell'art. 1892 del codice civile.

**HORUS Consulenti Associati:** la Società incaricata della gestione ed esecuzione della Convenzione.

**Indennizzo:** la somma dovuta da Assicuratrice Milanese in caso di Sinistro.

**Massimale:** la somma massima liquidabile da Assicuratrice Milanese a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un Sinistro.

**Parti:** il Contraente / Assicurato e Assicuratrice Milanese S.p.A., che è la Compagnia di Assicurazione.

**Perdite patrimoniali:** il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di Danni materiali e corporali.

**Polizza:** il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente ad Assicuratrice Milanese.

**Prescrizione:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.



**Rischio:** la possibilità che si verifichi il Sinistro.

**Sinistro:** l'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga, della struttura sanitaria pubblica e della sua Impresa di assicurazioni.

Costituisce Sinistro anche il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di Polizza nei confronti dell'Assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato.

Più richieste di risarcimento presentate all'Assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula Claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

**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.



# RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

## PRESENTAZIONE

L'Assicurazione tiene indenne il Medico lavoratore subordinato per l'azione di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga, esercitata dalla struttura pubblica o dalla sua Impresa di Assicurazioni, in caso di accoglimento della domanda di risarcimento del danneggiato e se il Medico assicurato è stato dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza passata in giudicato.

La Polizza è conforme alla c.d. Legge Gelli (Legge dell'8/3/2017 n. 24) ed al relativo decreto attuativo (Decreto Ministero delle Imprese e del Made in Italy del 15/12/2023 n. 232) che stabilisce i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di Assicurazione.

## 1. COSA POSSO ASSICURARE

### Art. 1.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato medico lavoratore subordinato di quanto dallo stesso dovuto alla struttura pubblica quale civilmente responsabile ai sensi di legge **esclusivamente in conseguenza di eventi a lui addebitabili per Colpa Grave, per i quali sia stato dichiarato responsabile con sentenza passata in giudicato** per Danni patrimoniali e non patrimoniali, nello svolgimento dell'attività professionale e derivanti esclusivamente da **azione di responsabilità amministrativa in conseguenza di danni erariali, rivalsa o surroga nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.**

## 2. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

### Art. 2.1 – Copertura per Responsabilità solidale

Nel caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti non assicurati con il presente contratto, l'Assicurazione copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

#### *Cosa garantisce la copertura per la responsabilità solidale?*

La copertura garantisce il risarcimento al danneggiato in caso di accertata responsabilità dell'Assicurato insieme ad altri soggetti, tuttavia Assicuratrice Milanese dopo il pagamento può sempre rivalersi nei confronti dei coresponsabili.

### Art. 2.2 – Retroattività decennale

La garanzia opera per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel periodo di vigenza della Polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci (10) anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, indicata nella Scheda di Polizza.

In caso di rinnovo della Polizza con Assicuratrice Milanese senza nessuna interruzione, la garanzia assicurativa opera fin dalla decorrenza della prima Polizza.

### Art. 2.3 – Postuma decennale per cessazione definitiva dell'attività

In caso di cessazione definitiva per qualsiasi causa dell'attività professionale l'Assicurazione vale, nei casi di operatività della Polizza, a favore dell'Assicurato e/o dei suoi Eredi, per gli errori commessi e i sinistri avvenuti nel periodo di efficacia della Polizza, incluso il periodo di retroattività, per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci (10) anni successivi alla cessazione dell'attività con cancellazione dall'Albo.

Equalmente a favore degli Eredi per il caso di morte del Professionista in pendenza del contratto di Assicurazione senza alcun onere o costo aggiuntivo.

La presente garanzia non è soggetta a disdetta da parte di Assicuratrice Milanese e prevede, per tutta la sua durata, Massimale pari a quello della Polizza di Assicurazione in corso al momento della cessazione.



#### **Art. 2.4 – 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 Struttura Sanitaria pubblica di appartenenza o presso altra Struttura Sanitaria pubblica;
- variazione della Qualifica dell'Assicurato.

**L'Assicurato deve informare Assicuratrice Milanese delle eventuali variazioni/acquisizioni di nuove specializzazioni mediante comunicazione scritta.**

#### **Art. 2.5 – 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 del perfezionamento della presente Polizza, l'Assicurazione si intende automaticamente estesa ed operante.

#### **Art. 2.6 – Estensione territoriale**

L'Assicurazione vale per le attività professionali svolte in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

#### **Art. 2.7 – Gestione delle vertenze di danno - Spese legali**

Assicuratrice Milanese assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, anche a nome dell'Assicurato, designando ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. In caso di assunzione diretta della gestione delle vertenze Assicuratrice Milanese sopporta tutte le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato anche oltre il limite dell'importo di un quarto del Massimale. **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, deve indicarlo ad Assicuratrice Milanese.** La Compagnia riconosce all'Assicurato le spese legali e peritali che ha sostenuto per resistere alle azioni promosse nei suoi confronti, **nel limite delle prestazioni professionali effettivamente espletate e documentate, quantificate secondo i parametri tempo per tempo vigenti, applicati nel minimo, con liquidazione entro il 31/12 di ciascun anno delle prestazioni svolte nell'esercizio, con l'applicazione di una franchigia di 516 euro per Sinistro ed entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale stabilito in Polizza per il danno cui si riferisce la domanda.** In caso di disaccordo tra l'Assicurato ed Assicuratrice Milanese sulla gestione del Sinistro, le Parti possono adire l'autorità giudiziaria o demandare la decisione sul comportamento da tenere ad un arbitro che provvede secondo equità.

Se la somma dovuta al danneggiato supera detto Massimale, le spese vengono ripartite fra Assicuratrice Milanese e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

Assicuratrice Milanese non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

#### **Art. 2.8 – 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 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 o interdizione dall'attività;
- alla scadenza del termine di durata contrattualmente previsto.

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.

#### **Art. 2.9 – Variazione del Premio in relazione ai Sinistri**

Alla scadenza contrattuale, previo avviso di 90 giorni, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del Premio di tariffa in vigore dall'atto della nuova stipula o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale, con specifico riferimento alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta, come indicata di seguito.

In caso di assenza di sinistri, è prevista la variazione in diminuzione di 0,5% del Premio per ogni anno, con il limite del 2,5% per tutto il periodo di durata dell'Assicurazione.

**In presenza di sinistri chiusi con accoglimento, è prevista la variazione in aumento del 2,5% del Premio annuo, per ogni Sinistro liquidato a far data dalla stipula dell'Assicurazione.**

---

## **3. COSA NON È ASSICURATO**

---

#### **Art. 3.1 – Rischi esclusi**

La garanzia non è operante:

- × ove ricorre l'eccezione di cui all'articolo 1892 del codice civile;
- × per l'azione diretta proposta dal danneggiato;
- × per atti di natura dolosa;
- × per la parte di danno a carico dell'Assicurato, corrispondente alla Franchigia indicata nella tabella riassuntiva di cui all'articolo 4.1;
- × in caso di assolvimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo formativo individuale in misura inferiore al 70 per cento dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina.



#### 4. MASSIMALI, LIMITI DI INDENNIZZO, SCOPERTI E FRANCHIGIE – TABELLA RIASSUNTIVA

##### Art. 4.1 – Massimale e limiti di Indennizzo

I massimali di polizza, i limiti di indennizzo, gli scoperti e le franchigie sono indicati nella seguente tabella riassuntiva.

##### Tabella riassuntiva

GARANZIA	LIMITE DI INDENNIZZO	SCOPERTO / MINIMO	FRANCHIGIA
Garanzia base	Massimale uguale al triplo della retribuzione lorda per Sinistro, <b>5.000.000 euro per aggregato annuo</b>		
Garanzia postuma decennale	Nel limite del Massimale pari a quello della Polizza di Assicurazione in corso al momento della cessazione dell'attività		
Gestione delle vertenze di danno Spese legali	Nel caso di gestione diretta da parte della Compagnia Massimale Illimitato		Non prevista
	Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di un Legale e Tecnico di propria fiducia Nel limite di 1/4 del Massimale di Polizza Spese legali nei minimi tariffari		euro 516

#### 5. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

##### Art. 5.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve:

- darne avviso all'Agenzia, oppure ad Assicuratrice Milanese non appena ne ha avuto conoscenza e in ogni caso entro i 30 giorni successivi. La Denuncia, per produrre gli effetti di copertura ed essere efficace, deve contenere la analitica narrazione del fatto, la indicazione delle conseguenze, il nome e il domicilio del danneggiato, la data, il luogo e la causa del Sinistro;
- inviare contestualmente o a seguito della Denuncia le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro adoperandosi per l'acquisizione degli elementi di difesa, astenendosi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità idoneo a pregiudicare i diritti dell'Assicuratore;
- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

**L'inadempimento di uno e/o più di tali obblighi che renda impossibile o limiti la capacità di difesa della Compagnia rappresenta inadempimento contrattuale.**



## NORME GENERALI DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

### **Art. I – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, rappresentano inadempimento contrattuale ed escludono il diritto alla copertura assicurativa ai sensi del disposto dell'art. 1892 del codice civile.

### **Art. II – Assicurazione presso diversi assicuratori**

Se per il medesimo Rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

### **Art. III – Pagamento del Premio**

Il premio deve essere pagato all'Agenzia Horus alla quale è assegnata la Polizza, secondo le modalità indicate al punto "DISCIPLINA DELLE ADESIONI" alla sezione Condizioni particolari aggiuntive.

### **Art. IV – Modifiche al contratto**

Hanno validità soltanto le modifiche intervenute per iscritto.

### **Art. V – Aggravamento del Rischio**

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto. Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta ad Assicuratrice Milanese di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati da Assicuratrice Milanese rappresentano inadempimento contrattuale.

### **Art. VI – Diminuzione del Rischio**

Nel caso di diminuzione del Rischio Assicuratrice Milanese riduce il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 c.c.).

### **Art. VII – Recesso in caso di Sinistro**

**Assicuratrice Milanese può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Assicurato accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.**

**In tal caso il recesso viene comunicato all'Assicurato mediante lettera raccomandata o pec e ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.** Assicuratrice Milanese, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa la periodo di Assicurazione non corso.

### **Art. VIII – Durata e proroga dell'Assicurazione**

- Il contratto è stipulato per la durata di anni 3 (tre) 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 triennale, 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 triennale non venisse rinnovato o prorogato, 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 tre anni.

### **Art. IX – Oneri fiscali**

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

### **Art. X – Foro competente**

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

### **Art. XI – Rinvio alle norme di legge**

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



## CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE

### **SPECIALIZZANDO**

Premesso che la polizza può essere stipulata dal Medico dipendente pubblico o dal Medico Specializzando, la presente clausola può essere acquistata solamente dal Medico Specializzando. In tal caso, l'Assicurato dichiara di effettuare un corso di specializzazione di tipologia e durata conforme alle leggi in materia, si conviene che l'assicurazione vale esclusivamente per l'attività professionale svolta ai sensi dell'Art. 37 D. Lgs. 368/99 e successive modifiche, con una graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolati alle direttive ricevute, come sancito dal d.lgs. 368/1999. **Resta pertanto esclusa qualsiasi attività professionale non espressamente prevista dalla suddetta normativa. Dalla garanzia è esclusa qualsiasi forma di attività libero professionale, qualunque attività svolta successivamente al conseguimento della specializzazione, e sono pure esclusi i casi di instaurazione di rapporto di lavoro presso una Struttura come delineato dalla L. 145/2018, modificata dal D.l. 35/2019 ("Decreto Calabria") convertito con L. 60/2019.**

### **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.2.2;
- 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. 2.2.

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.

### **MODALITÀ 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 a favore di 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 la documentazione precontrattuale, prima dell'adesione, all'Assicurato.



## CONDIZIONI FACOLTATIVE

Il Contraente/ Assicurato può scegliere le garanzie opzionali elencate di seguito **che saranno operanti solo se indicate in Polizza e se è stato pagato il relativo Premio.**

### **A) CONDANNA IN SOLIDO CON LA STRUTTURA – RIVALSA IN SEDE CIVILE E CONDANNA AL PAGAMENTO DELLA PROVVISORIALE**

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente corresponsabile, unitamente alla Struttura pubblica e/o alla sua Impresa di Assicurazione in conseguenza di **Danni per i quali sia stato riconosciuto corresponsabile con provvedimento giudiziario da parte dell'Autorità Giudiziaria civile competente, che condanni in solido l'Assicurato e la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di Assicurazione.**

**La garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato corresponsabile in solido con la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di Assicurazione ed esclusivamente nel caso in cui, a fronte di tale provvedimento, la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Assicurato.**

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile esclusivamente nei casi di azione civile di rivalsa per colpa grave anticipata esperita giudizialmente nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura pubblica e nei casi di azione civile di rivalsa e/o surrogazione per colpa grave anticipata esperita nei confronti dell'Assicurato giudizialmente dall'Impresa di assicurazioni della Struttura pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

**La garanzia è operante per i soli Danni per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con provvedimento giudiziario passato in giudicato pronunciato dall'Autorità Giudiziaria civile in accoglimento della domanda giudiziale di rivalsa anticipata svolta nei suoi confronti dalla Struttura pubblica e/o dalla sua Impresa di Assicurazione.**

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi in conseguenza di **Danni per i quali sia stato penalmente condannato al pagamento di una provvisoriale.**

**La garanzia è operante unicamente nel caso in cui, a fronte di tale sentenza, la Struttura pubblica e/o la sua Impresa di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Assicurato.**

**La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di 500.000 euro e con l'acquisto della stessa l'Assicurato dichiara di cedere alla Società tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura pubblica e/o della sua Impresa di Assicurazione per il recupero delle somme versate.**

### **B) DIRIGENTE/ DIRETTORE SANITARIO/ CAPO DIPARTIMENTO**

Se l'Assicurato ricopre l'incarico di Dirigente responsabile di struttura complessa (ex Primario) o semplice e di Capo Dipartimento, Direttore Sanitario o di analoga funzione organizzativa, sono comprese in garanzia anche le Perdite patrimoniali derivanti dalla suddetta attività e cagionate a terzi nell'esercizio delle funzioni di organizzazione, direzione, coordinamento. L'Assicurazione comprende i danni conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina; nonché i danni che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori.

**La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di 200.000 euro per Sinistro e per anno.**

### **C) ULTERIORI INCARICHI**

L'Assicurazione comprende la responsabilità derivante all'Assicurato in conseguenza di Perdite patrimoniali cagionate a terzi per atti, fatti, omissioni, ritardi, conseguenti:

- ad incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;
- all'attività di certificazione svolta nell'ambito dell'attività medica dichiarata;
- ad incarichi nel procedimento di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010, in riferimento alle controversie aventi ad oggetto materie di competenza dell'Assicurato.

La presente condizione facoltativa tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile in conseguenza di Danni patrimoniali causati a terzi **esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra elencate** nel caso di responsabilità civile verso terzi per fatto, errore od omissione e di azione di rivalsa esperita dalla Struttura nonché di Surrogazione della sua Impresa di Assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge; nonché eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

**La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di 200.000 euro per Sinistro e per anno.**

### **D) PRESTAZIONI OCCASIONALI**

L'Assicurazione comprende le attività svolte dal Medico dipendente pubblico titolare di rapporto di lavoro non esclusivo con la Struttura, **in forma occasionale e non continuativa senza finalità di lucro e/o di natura estetica**, per la cura di patologie croniche non acute.

Sono comprese le a titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) agopuntura;
- b) consulenza presso enti pubblici e privati (es. case di cura private, istituti termali, centri benessere);
- c) attività di accompagnatore durante vacanze studio di gruppi di studenti;
- d) rilascio di certificati medici sportivi non agonistici;
- e) attività di docente per corsi di primo soccorso e presso istituti di formazione;
- f) esame ecografico (escluse ecografie in ambito ostetrico/ginecologico);



- g) assistenza medica svolta all'interno di eventi sportivi e manifestazioni;
- h) prelievi ematici;
- i) sostituzioni del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta;
- j) colloqui psicoterapeutici;
- k) somministrazione di vaccini;
- l) servizio di Continuità Assistenziale e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- m) servizio di Continuità Assistenziale stagionale per turisti (ex Guardia Medica Turistica).

La presente condizione facoltativa tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile in conseguenza di Danni patrimoniali causati a terzi **esclusivamente nello svolgimento delle prestazioni sopra elencate** nel caso di responsabilità civile verso terzi per fatto, errore od omissione e di azione di rivalsa esperita dalla Struttura nonché di Surrogazione della sua Impresa di Assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge; nonché eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

**La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di 1.000.000 euro per Sinistro e per anno.**

#### **H) SPECIALIZZANDO COMPRESA ATTIVITÀ COMPATIBILE**

**(Acquistabile solo in combinazione con la categoria di rischio Specializzando)**

L'assicurazione dello Specializzando comprende anche l'attività libero professionale compatibile: le attività di guardia medica notturna, festiva e turistica e per la sostituzione dei medici di base, se tali attività sono svolte nei termini e nei modi previsti dalla legge e dai regolamenti regionali.

**La presente condizione facoltativa è prestata con il sottolimito di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno.**