

**POLIZZA COLLETTIVA
N. 0000087916**

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE
"COLPA GRAVE" MEDICA DEL PERSONALE DELLE
STRUTTURE SANITARIE O SOCIOSANITARIE PRIVATE**

**CONTRAENTE
SINDACATO UIL FEDERAZIONE POTERI LOCALI
VIA DI TOR FIORENZA, 35 -00199 RM**

SCHEDA DI POLIZZA COLLETTIVA N° 87916

- 1. Parte Contraente: UIL, FEDERAZIONE POTERI LOCALI**
VIA DI TOR FIORENZA, 35
00199 RM (ITALIA)
Partita IVA: 97194030587
- 2. Periodo di Validità della Polizza:**
Effetto: dalle ore 24:00 del 25/10/2020
Scadenza: alle ore 24:00 del 25/10/2021
- 3. Data Retroattività:** dalle ore 00:01 **DIECI ANNI RISPETTO ALLA DECORRENZA**
- 4. Limite di Indennizzo per Risarcimento (Colpa Grave) sezione I di polizza:**
EURO 250.000 per Assicurato e per sinistro e/o sinistro in serie.
- 5. Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento Sezione I: Nessuna.**
- 6. Intermediario a cui è affidato il contratto:** Bucchioni's Studio sas, Via Redipuglia 15 -19124 La Spezia:

Tel. 0187/280122 Fax 0187/575808,
mail bucchioni@bucchioniassicurazioni.it
Pec Bucchionistudio@legalmail.it
Ufficio Gestione Sinistri E-mail:
sinistricolpagrave@bucchioniassicurazioni.it

POLIZZA ASSICURATIVA "CLAIMS MADE"
(RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)

VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA

La presente Polizza Collettiva è prestata nella forma "Claims Made", ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

Sommario

DEFINIZIONI	4
NORME COMUNI E RICHAMI AL CODICE CIVILE	5
Art. 1 - PERIODO DI ASSICURAZIONE.....	5
Art. 2 - VARIAZIONI DEL RISCHIO.....	5
Art. 3 - LIMITI TERRITORIALI.....	5
Art. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI VARIAZIONI DELCONTRATTO	5
Art. 5 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO.....	5
Art. 6 - NORME DI LEGGE	6
Art. 7 - ONERI FISCALI	6
Art. 8 - RINNOVO PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	6
Art. 9 - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI	6
Art. 10 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	6
Art. 11 - NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI".....	6
CHE COSA E' ASSICURATO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
Art. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	7
Art. 13-FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") RETROATTIVITA'.....	7
Art. 14 - RESPONSABILITA' SOLIDALE.....	7
Art. 15 - ESTENSIONE ULTRATTIVITA' DELL'ASSICURAZIONE	8
Art. 16 - PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI	8
Art. 17 - PAGAMENTO DEL PREMIO.....	8
Art. 18 - PREMIO	8
Art. 19 - SURROGAZIONE.....	9
Art. 20 - MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA.....	9
CHE COSA NON E'ASSICURATO - ESCLUSIONI	9
Art. 21 - ESCLUSIONI	9
Art. 22 - CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI.....	12
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	12
Art. 23 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE	12
Art. 24 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	12
Art. 25 - RECLAMI	13
Art. 26 - TEMPISTICHE DI LIQUIDAZIONE	13

DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicurato: Tutti gli iscritti a UIL, FEDERAZIONE POTERI LOCALI

Assicuratori (o "la Compagnia"): ARGOGLOBAL ASSICURAZIONI S.P.A. Sede Legale Amministrativa: Via Guido D'Arezzo, 14 – 00198 Roma

Certificato di Assicurazione: Il documento che comprova l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva.

Contraente: Il soggetto che sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non beneficiando dei diritti derivanti dal contratto stesso e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli Assicurati, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.

Danno/Danni: Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.

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

Perdite Patrimoniali: Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Periodo di Assicurazione: Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nell'Articolo 1 delle Condizioni di Assicurazione che seguono.

Polizza Collettiva: Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione. La presente Polizza Collettiva e' stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art. 1891 C.C.

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 colposo o da errore od 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 avanti la competente autorità giudiziaria per fatti od omissioni addebitabili a Colpa Grave;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
- La messa in mora effettuata dalla Struttura Sanitaria e/o socio sanitaria/Enti pubblici nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e dal CCNL.

Sinistro: L'evento in relazione al quale la richiesta di risarcimento, come sopra definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

NORME COMUNI E RICHIAMI AL CODICE CIVILE

Art. 1 - PERIODO DI ASSICURAZIONE

La polizza collettiva Colpa Grave Medica ha durata di UN ANNO con decorrenza dalle ore 24:00 del 25/10/2020 alle ore 24:00 del 25/10/2021.

Art. 2 - VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico, l'assicurazione cesserà di diritto decorso un termine di preavviso di 30 (trenta) giorni decorrenti da quando gli Assicuratori avranno dichiarato all'Assicurato l'intenzione di avvalersi della presente clausola risolutiva.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza annuale, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto data le data.

Art. 3 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.

Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extra giudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Art. 4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Compagnia che ha in gestione il contratto.

Art. 5 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO

Con la sottoscrizione del Certificato di Assicurazione l'Assicurato conferisce all'Intermediario, indicato nel Certificato stesso, il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione. E' convenuto pertanto che:

Ogni comunicazione fatta all'Intermediario sarà considerata come fatta all'Assicurato;

Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri regolamentate dall'Articolo 24 che resta invariato e confermato.

Ai sensi dell'Art .65, comma 1 lett.a) del Regolamento IVASSn. 40/2018, la Compagnia autorizza espressamente l'Intermediario all'incasso dei premi dai Clienti e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto.

Art. 6 - NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o adesso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Art. 7 - ONERI FISCALI

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

Art. 8 - RINNOVO PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La presente Polizza Collettiva cessa alla data di scadenza indicata al punto 2 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga.

Art. 9 - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 10 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60°(sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto la Contraente che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Art. 11 - NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti della struttura sanitaria e/o socio sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

Il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;

I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

CHE COSA E' ASSICURATO – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito nella scheda di polizza e stabilito nel Certificato di Assicurazione, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 13, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a titolo di responsabilità professionale in relazione all'attività professionale dichiarata in polizza, conseguente ad atti, fatti od omissioni addebitabili a colpa grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto od in parte responsabile con sentenza passata in giudicato emessa da parte della competente autorità giudiziaria ex Art. 9 Legge 24/2017.

È esclusa la garanzia in caso di dolo dell'assicurato, accertato con sentenza passata in giudicato da cui sia generata una qualsiasi forma di responsabilità.

L'assicurazione è prestata anche nel caso di rivalsa nei confronti dell'assicurato ad opera della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria nei casi previsti dalla Legge, nonché nel caso di dell'azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Infine, l'assicurazione opera anche in relazione ad ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita della Struttura Sanitaria e/o Socio Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di Legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione e dentro un limite del 10% del danno indennizzato (es.: decreto ingiuntivo, spese legali ultronee).

L'assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà o di emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro del 10% del massimale di polizza

Tutto quanto sopra riportato sempre a condizione che l'Assicurato sia stato dichiarato, in tutto od in parte, responsabile per colpa grave con sentenza passata in giudicato.

Fermo quanto previsto al precedente punto resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente, anche in regime extramoenia, e/o che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del proprio Datore di Lavoro o comunque che non sia svolto nell'ambito della sua funzione di dipendente.

Art. 13-FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE")

RETROATTIVITA'

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come da definizioni di polizza, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi **NON PRIMA DELLA DATA INDICATA AL PUNTO 3 DELLA SCHEDA DI POLIZZA**. L'Assicurato deve essere in regola con la quota associativa nel momento della ricezione della richiesta di risarcimento.

Art. 14 - RESPONSABILITA' SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, entro il limite del massimale e non in

eccedenza allo stesso.

Art. 15 - ESTENSIONE ULTRATTIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione, come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

E' data facoltà alla Contraente di assicurare tutti gli iscritti.

Nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili, con le medesime modalità di adesione alla Polizza Collettiva e previo il pagamento di un premio equivalente al 300% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuali azioni nei propri confronti durante il periodo di validità della presente Polizza Collettiva.

Valgono le modalità previste dall'Art. 13 – Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") – Retroattività e dal punto 4 della scheda di polizza "Limite di Indennizzo".

Art. 16 - PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione e da quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Strutture sanitarie o sociosanitarie Private, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso. L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di strutture sanitarie o sociosanitarie Private. E' compresa altresì l'attività professionale "intraoena" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Art. 19 - SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Art. 20 - MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA

La copertura assicurativa vale automaticamente per tutti gli iscritti al Sindacato Contraente in regola con il pagamento della quota associativa al momento della decorrenza.

CHE COSA NON E' ASSICURATO - ESCLUSIONI

Art. 21 - ESCLUSIONI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza Collettiva, sono escluse:

Richieste di risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 15 Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;

Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note, e che potrebbero determinare sinistri coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato, prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Assicuratori, che si siano concretizzati prima della decorrenza della copertura assicurativa, con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento, come da definizioni di polizza, da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dalla propria Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre da parte dell'autorità giudiziaria di competenza;

Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nell'Articolo 13, che si siano concretizzati, prima della decorrenza della copertura assicurativa, con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento, come da definizioni di polizza, da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dalla propria Compagnia di Assicurazione e/o con invito a dedurre da parte dell'autorità giudiziaria di competenza.

Sono parimenti esclusi:

I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;

I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 3;

Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del

consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;
I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli Interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");
I danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;
I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
I danni e le perdite diversi da quelli ordinari con riferimento alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione svolte presso Strutture Sanitarie/Enti Pubblici;
Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K.Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control-"OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013.

I danni derivanti da sperimentazione scientifica.

Esclusione Cyber Risk (rischio informatico)

Le seguenti esclusioni si applicano a tutte le sezioni della polizza.

La Compagnia non pagherà alcun reclamo o circostanza o perdita, direttamente o indirettamente, causati e/o contribuiti da o derivanti da:

1) l'alterazione, la modifica, la distorsione, la corruzione o il danneggiamento di qualsiasi computer o altra apparecchiatura o componente o sistema che elabora transazioni di qualsiasi genere, trasmette o riceve dati o parte di essi sia tangibili che intangibili (compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, informazioni o software);

- 2) qualsiasi modifica o alterazione, cancellazione, distorsione, corruzione di dati processati o conservati da ogni computer o sistema di elaborazione o sistema di salvataggio dati;
- 3) perdita o danneggiamento di o verso un sistema informatico o qualsiasi altra risorsa digitale;
- 4) qualsiasi perdita o perdita consequenziale, indipendentemente dal fatto che sia o meno di proprietà dell'Assicurato, laddove tale perdita sia causata direttamente o indirettamente da o derivante o in qualche modo collegata a:
 - a) Computer virus (Virus informatici);
 - b) Security breach (Violazioni della sicurezza);
 - c) Cyber extortion (Estorsione informatica);
 - d) Cyber terrorism (Terrorismo informatico);
 - e) Denial of service attack (attacco informatico DDOS);
 - f) qualsiasi o presunta violazione delle leggi sulla protezione dei dati (Data protection laws);
 - g) qualsiasi violazione del dovere, dovere statutario o dovere regolamentare o fiduciario o serie di essi;
 - h) qualsiasi inadempienza, qualsiasi errore o omissione o incidente o serie di essi.

DEFINIZIONI

Computer system (Sistema informatico)

qualsiasi computer, hardware, software, applicazione, processo, codice, programma, tecnologia dell'informazione, sistema di comunicazione o dispositivo elettronico di proprietà o gestito dall'Assicurato o di qualsiasi altra parte, incluso qualsiasi sistema simile e qualsiasi input, output o dispositivo o sistema di archiviazione dati, apparecchiature di rete o funzione di backup. Ciò include un gruppo di sistemi informatici e altri dispositivi elettronici o strutture di rete collegati tramite una forma di tecnologia di comunicazione, tra cui Internet, Intranet e reti private virtuali (VPN), che consentono ai dispositivi informatici collegati in rete di scambiare dati.

Computer virus (Virus informatici)

includono, a titolo esemplificativo, virus, codici dannosi, worm che danneggiano il sistema informatico dell'Assicurato o consentano l'uso non autorizzato o l'accesso a qualsiasi risorsa digitale ad esso connessa.

Security breach (Violazione della sicurezza)

Violazioni di accesso non autorizzate a qualsiasi risorsa digitale.

Cyber extortion (Estorsione informatica)

qualsiasi minaccia o atto doloso o serie di essi, incluso ma non limitato a una richiesta di fondi, indipendentemente dal tempo o dal luogo, progettata per estorcere, corrompere, danneggiare o introdurre un virus informatico o un attacco di DDOS.

Cyber terrorism (Terrorismo informatico)

un atto o una serie di atti di qualsiasi persona fisica o gruppo di persone, che agiscono da soli o per conto di o in connessione con organizzazioni di terzi, commessi per scopi politici, religiosi, personali o ideologici, incluso ma non limitato all'intenzione di influenzare qualsiasi governo e / o temere l'opinione pubblica per tali scopi utilizzando attività perpetrate elettronicamente o in altro modo dirette alla distruzione, interruzione o sovversione di sistemi di comunicazione e informazione, infrastrutture di computer, risorse digitali, Internet, telecomunicazioni o reti elettroniche e / o il suo contenuto o sabotaggio e / o minacce da esso.

Denial of service attack (Attacco informatico)

qualsiasi tentativo illecito di interrompere o sospendere temporaneamente o indefinitamente un servizio digitale.

Data protection laws (Leggi sulla protezione dei dati)

qualsiasi legislazione o norma che disciplina il trattamento dei dati personali inclusi, ma non solo, il Data Protection Act 2018, il Regolamento Generale sulla protezione dei dati (GDPR) (Regolamento (UE) 2016/679) e / o legislazione locale equivalente o successiva.

Digital assets (Risorse digitali)

qualsiasi computer o dispositivo mobile o altro dispositivo elettronico, dispositivo o sistema di elaborazione dei dati, qualsiasi hardware, software, programma, istruzione, dati o componenti utilizzati o destinati ad essere utilizzati al loro interno o di conseguenza, o qualsiasi funzione effettiva o prevista del processo o eseguita da quanto precede. Le risorse digitali comprendono anche il sistema informatico dell'Assicurato.

Art. 22 - CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La Compagnia non sarà tenuta a fornire copertura e non sarà obbligata a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe la Compagnia a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 23 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale indicato in polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa dell'Assicurato, purché:

Il reato venga derubricato da doloso a colposo,

L'Assicurato venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa del reato.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati, e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Art. 24 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro", è fatto obbligo al Contraente denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa:

La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia né costituisce fatto, notizia, circostanza o situazione nota.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascuna trasmissione della denuncia ricevuta alla Compagnia.

La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto.

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto provvederà all'immediata

l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 9, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Art. 25 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto a Bucchioni's Studio sas ed indirizzati a: Bucchioni's Studio sas, Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia. Fax 0187/575808 – Mail info@bucchioniassicurazioni.it.

Sarà cura della Compagnia informare il reclamante dell'avvenuta ricezione e della presa in carico del reclamo, entro 5 giorni dalla ricezione dello stesso. La Compagnia comunicherà gli esiti del reclamo al reclamante il prima possibile, e comunque entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, potranno essere presentati direttamente a:

IVASS

Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

contestualmente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET:

eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;

i reclami già presentati direttamente a noi e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte nostra o che abbiano ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

Il nuovo reclamo dovrà contenere:

nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;

individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

breve descrizione del motivo di lamentela;

copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro della stessa;

ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Art. 26 - TEMPISTICHE DI LIQUIDAZIONE

La Compagnia, in seguito alla ricezione della documentazione necessaria, definita la quantificazione del danno ed inviata la quietanza di pagamento all'avente diritto, si impegna

ad effettuare il pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta per accettazione dall'avente diritto.

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

Di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:

Presentate per la prima volta all'Assicurato, e Debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.

Di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

Il Contraente dichiara di avere preso puntuale visione in ogni sua parte della polizza, in particolare delle Condizioni Generali e Particolari del presente contratto e delle relative Condizioni Speciali, Condizioni Integrative e Appendici indicate nel Punto 11 del Prospetto, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Nel rispetto degli obblighi informativi di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018, è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Collettiva.

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sottorichiamati articoli della Polizza Collettiva:

Articolo 5 Clausola Intermediario

Articolo 8 Rinnovo o proroga dell'assicurazione – Rescindibilità annuale

Articolo 9 Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910C.C.)

Articolo 10 Recesso in caso di sinistro

Articolo 13 Forma dell'assicurazione ("Claims Made") - Retroattività

Articolo 21 Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made")

Articolo 24 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)

La presente polizza viene emessa in tre esemplari, di 14 (quattordici) pagine ciascuno, ad un solo effetto (comprendente dell'Allegato A-Fac-simile Modulo di Adesione, di una pagina).

IL CONTRAENTE



LA COMPAGNIA
Argo Global Assicurazioni S.p.A.

