



Polizza collettiva n. OX00028768 Responsabilità civile professionale Convezione Assimedici

Medico di medicina generale, medico non specialista,
giovane medico o specializzando, medico in quiescenza

Condizioni di assicurazione

Edizione 07.2024

Le Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee
guida Contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA
- Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari del 6 febbraio 2018

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Monte Rosa 91, 20149 Milano;
Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 05850710962;
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;
telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: revo@pec.revoinsurance.com

www.revoinsurance.com

Sommario

Glossario	3
Norme comuni	7
Copertura Responsabilità civile professionale	10
Cosa è assicurato	10
Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura	11
Come posso personalizzare la copertura	12
Come è prestata l'assicurazione	13
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	14
Norme relative alla copertura Responsabilità civile professionale	14

Glossario

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Assicurato/Aderente	Il soggetto il cui interesse è protetto dall' <i>assicurazione</i> che, con la sottoscrizione del modulo di adesione, aderisce liberamente polizza collettiva sostenendo l'onere economico del <i>premio</i> .
Assicurazione	Il contratto di assicurazione, come definito dall'art. 1882 del Codice Civile.
Attività chirurgica	Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici.
Attività chirurgica minore	Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici, senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale.
Attività extramoenia	Attività libero professionale svolta privatamente dal medico dipendente pubblico all'esterno della struttura sanitaria pubblica cui non sia legato da vincolo di esclusività.
Attività intramoenia	Attività libero professionale svolta all'interno di una struttura ospedaliera al di fuori dell'impegno di servizio con la medesima struttura da soggetti che rispondono a determinati requisiti soggettivi: <ul style="list-style-type: none"> • personale dipendente dirigente del Servizio Sanitario Nazionale; • docenti universitari e ricercatori che effettuano attività assistenziale presso cliniche e istituti universitari di ricovero e cura anche se gestiti direttamente dalle università; • personale laureato e medico di ruolo in servizio nelle strutture delle facoltà di Medicina e Chirurgia delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria; • dipendenti degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico o altre strutture sanitarie o socio-sanitarie con personalità giuridica di diritto privato; • personale autorizzato ad operare presso studi privati o strutture non accreditate purché l'attività rispetti i criteri fissati dal D.M. Sanità 31/7/1997 e successivamente negli atti adottati dai direttori generali delle strutture sanitarie.
Attività invasiva	Attività che comporta il prelievo cruento di tessuti, una cruentazione dei tessuti o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo ai soli fini diagnostici e terapeutici.
Attività professionale	Servizio professionale o consulenza svolta dall' <i>Assicurato/Aderente</i> e dichiarata in <i>polizza</i> .
Attività sanitaria assicurata	Esercizio di attività e professioni sanitarie e sociosanitarie per la cura dell'individuo e delle collettività così come indicata in <i>polizza</i> .
Atto cyber	Atto non autorizzato, doloso o criminale (oppure una serie di atti non autorizzati, dolosi o criminali, tra loro correlati indipendentemente dal tempo e dal luogo), afferenti all'accesso, all'elaborazione, all'utilizzo o al funzionamento di qualsiasi <i>sistema informatico</i> .
Claims made:	La formula assicurativa tramite cui la <i>Compagnia</i> è obbligata all' <i>Indennizzo</i> solo per i <i>danni</i> il cui <i>risarcimento</i> viene chiesto dai danneggiati all' <i>Assicurato/Aderente</i> durante il periodo di validità della <i>polizza</i> e per i quali tale richiesta sia inoltrata alla <i>Compagnia</i> sempre durante il periodo di validità della <i>polizza</i> . La richiesta può riferirsi anche a fatti o atti pregressi, purché accaduti successivamente alla <i>retroattività</i> indicata in <i>polizza</i> .
Compagnia:	L'impresa assicuratrice, REVO Insurance S.p.A.
Contraente:	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> , nell'interesse dei propri clienti, e si impegna al versamento dei premi alla <i>Compagnia</i> .
Cose:	Gli oggetti materiali e gli animali.

Costi di difesa:	Le spese, i diritti e gli onorari legali, calcolati ai minimi della tariffa professionale applicabile, ragionevolmente sostenuti dall' <i>Assicurato/Aderente</i> o sostenuti dalla <i>Compagnia</i> per conto dell' <i>Assicurato/Aderente</i> in relazione a indagini, difese, perizie, liquidazioni, procedimenti giudiziari o arbitrali relativi a una <i>richiesta di risarcimento</i> .
Danno:	Qualsiasi tipo di danno patrimoniale, non patrimoniale, indiretto, permanente, temporaneo e futuro subito da terzi, derivante dall'esercizio dell' <i>attività professionale</i> .
Dati:	Informazioni, fatti, idee, concetti, codici - organizzati in strutture logiche o meno - che vengono elaborati, utilizzati, archiviati, trasmessi o registrati da un <i>Sistema Informatico</i> .
Dati personali:	Qualsiasi informazione che permette l'identificazione diretta della persona fisica e qualsiasi informazione relativa ad una persona fisica, identificata o identificabile, a titolo esemplificativo ma non limitativo informazioni sullo stato di salute, informazioni relative a carte di credito o debito, conto corrente o password.
Esercente la professione sanitaria:	Professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
Fatti noti:	Fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell' <i>Assicurato/Aderente</i> , che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) <i>richieste di risarcimento</i> da parte di terzi in conseguenza dell' <i>attività professionale</i> esercitata dall' <i>Assicurato/Aderente</i> stesso e/o dai suoi sostituti temporanei.
Giovane medico (<38 anni):	Laureato in Medicina iscritto all'Ordine dei Medici; può essere iscritto ad una Scuola di Specializzazione senza averla terminata.
Incidente cyber:	Qualsiasi errore od omissione (oppure serie di errori od omissioni, tra loro correlati) che riguardano l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo o il funzionamento di un <i>Sistema Informatico</i> ; Qualsiasi indisponibilità o guasto - parziale o totale - (oppure serie di indisponibilità o guasti parziali o totali, tra loro correlati) che impediscano di accedere, elaborare, utilizzare o far funzionare un <i>Sistema Informatico</i> .
Indennizzo/ Risarcimento:	Somma dovuta dalla <i>Compagnia</i> all' <i>Assicurato/Aderente</i> in caso di <i>sinistro</i> .
Intermediario:	La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi come previsto dall'art. 109 del D.Lgs. 209/2005. Sono intermediari, a titolo esemplificativo, agenti assicurativi, broker e i loro collaboratori.
Limite di indennizzo:	Importo che opera entro il <i>massimale</i> e che rappresenta il massimo esborso della <i>Compagnia</i> , in relazione a specifiche situazioni espressamente menzionate in <i>polizza</i> .
Massimale:	La somma indicata in <i>polizza</i> che rappresenta il <i>limite</i> massimo di <i>indennizzo</i> in caso di <i>sinistro</i> , qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni personali o abbiano sofferto <i>danni a cose</i> di loro proprietà.
Medico di Medicina Generale	Medico con incarico di medicina generale compresa l'attività in libera professione.
Medico in quiescenza	Medico in quiescenza con o senza una specializzazione che svolge attività libero professionale senza attività chirurgica e invasiva.
Medico non specialista	Laureato in Medicina iscritto all'Ordine dei Medici senza aver completato una Scuola di Specializzazione né un corso di formazione in Medicina Generale
Medico specializzando	Laureato in Medicina iscritto all'Ordine dei Medici e iscritto ad una Scuola di Specializzazione
Perdita cyber:	Qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione ad <i>atto cyber</i> o <i>incidente cyber</i> . Devono considerarsi <i>perdita cyber</i> anche le azioni intraprese per controllare, prevenire, reprimere o porre rimedio a un <i>atto cyber</i> o <i>incidente cyber</i> .

Perdite patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
Periodo di assicurazione:	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza indicate in <i>polizza</i> e, ogni qualvolta la <i>polizza</i> venga tacitamente rinnovata, il periodo successivo di 12 mesi.
Periodo di ultrattività:	Il periodo di tempo successivo alla scadenza del <i>periodo di assicurazione</i> durante il quale l' <i>Assicurato/Aderente</i> può notificare alla <i>Compagnia</i> richieste di risarcimento manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del <i>periodo di assicurazione</i> e riferite ad <i>errori professionali</i> commessi, o che si presuma siano stati commessi, successivamente alla data di <i>retroattività</i> . Il <i>periodo di ultrattività</i> può essere per cessazione del contratto o per cessazione dell' <i>attività professionale</i> .
Polizza:	Il documento che prova l' <i>assicurazione</i> .
Premio:	La somma dovuta dal <i>Contraente</i> alla <i>Compagnia</i> o dall' <i>Assicurato/Aderente</i> all' <i>Intermediario</i> per l' <i>assicurazione</i>
Richiesta di Risarcimento	<p>Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, viene a conoscenza dell'<i>Assicurato/Aderente</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicazione con la quale il terzo manifesta all'<i>Assicurato/Aderente</i> l'intenzione di ritenerlo responsabile di <i>danni</i> cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'<i>Assicurato/Aderente</i> stesso o a chi per lui, oppure formale richiesta di risarcimento di tali danni; • Qualsiasi atto scritto introduttivo di un procedimento civile (compresi negoziazione assistita, mediazione, ricorso o citazione) o la chiamata in causa notificata all'<i>Assicurato/Aderente</i> o la notifica di un atto in cui un terzo si sia costituito parte civile in un procedimento penale; • L'informazione di garanzia; • L'avviso all'<i>Assicurato/Aderente</i> di espletamento di Consulenza Tecnica Preventiva ai sensi dell'art. 369 del Codice di Procedura Penale; gli accertamenti tecnici non ripetibili ai sensi dell'art. 360 del Codice di Procedura Penale; l'avviso di conclusione delle indagini preliminari ai sensi dell'art. 415bis del Codice di Procedura Penale; • Il provvedimento di sequestro disposto dall'Autorità Giudiziaria ai sensi degli articoli 253 e seguenti del Codice di Procedura Penale, 321 e seguenti del Codice di Procedura Penale, nonché di Polizia Giudiziaria ai sensi degli articoli 354 e seguenti del Codice di Procedura Penale in relazione ai <i>danni</i> per i quali è prestata l'<i>Assicurazione</i> <p>Si intende compresa nella definizione di richiesta di risarcimento anche l'azione diretta verso la <i>Compagnia</i>.</p>
Retroattività:	Il periodo di tempo antecedente alla data di decorrenza dell' <i>assicurazione</i> , espressamente indicato in <i>polizza</i> , entro cui deve essere commesso o si presume sia stato commesso l'errore professionale. La copertura retroattiva si intende prestata anche a favore degli eredi dell' <i>Assicurato</i> .
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili.
Sinistro	<p>La <i>richiesta di risarcimento</i> avanzata per la prima volta nel corso del <i>periodo di assicurazione</i> (<i>Forma Claims Made</i>)</p> <p>In caso di responsabilità riconducibile alla sola Colpa Grave, il <i>sinistro</i> è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge n. 24/2017 Gelli-Blanco. In questi casi, costituisce <i>sinistro</i> anche il ricevimento 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 <i>polizza</i> nei confronti dell'<i>Assicurato/Aderente</i>, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di <i>sentenza passata in giudicato</i>.</p> <p>Più <i>richieste di risarcimento</i> presentate all'<i>Assicurato/Aderente</i> o alla <i>struttura</i> 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 <i>claims made</i> altrettanti <i>sinistri</i> quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).</p>
Sistema informatico:	Qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico anche indossabile (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivi per l'archiviazione <i>dati</i>), dispositivi di duplicazione e conservazione di informazioni elettroniche, server, cloud o microcontrollore, dispositivi di connessione di rete o loro componenti, nonché relativi dispositivi di input, output e back-up. Deve considerarsi <i>sistema informatico</i> anche qualsiasi dispositivo che possa operare mediante connessione internet o

Polizza collettiva n. OX00028768

Responsabilità Civile Professionale - Convenzione Assimedi

Medico di medicina generale, medico non specialista, giovane medico o specializzando,
medico in quiescenza



reti interne oppure che risulti connesso mediante dispositivi di archiviazione *dati* o qualsiasi apparecchiatura di rete.

Struttura Sanitaria

La Struttura sanitaria o sociosanitaria assistenziale pubblica o privata che eroga prestazioni per la cura dell'individuo e delle collettività con finalità di prevenzione e profilassi, diagnostiche e terapeutiche, riabilitative e palliative, di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.

Norme comuni



Il *Contraente* si assume l'obbligo di consegnare agli *Aderenti* l'estratto delle Condizioni di Assicurazione conformemente a quanto disposto dall'art. 9 comma 4 del Regolamento IVASS n. 41/2018.

Art. 1.1 Decorrenza dell'assicurazione

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in *polizza*, qualora il *premio* o la prima rata di *premio* sia stata pagata, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.



Se l'*Assicurato/Aderente* non paga le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della *Compagnia* al pagamento dei *premi* scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 Durata dell'assicurazione

L'*assicurazione* ha durata annuale, se non diversamente pattuito. Il *periodo di assicurazione* è quello indicato in *polizza*.

Art. 1.3 Pagamento e frazionamento del premio

Il *premio* per le singole adesioni deve essere pagato dall'*Assicurato/Aderente* presso l'*Intermediario* al quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia*.

Il *premio* comprende le imposte previste dalla normativa vigente.

Il *premio* è determinato per un *periodo di assicurazione* di un anno, senza possibilità di frazionamento.

Il pagamento del *premio* avviene all'atto della stipula dell'*assicurazione*.

Art. 1.4 Proroga dell'assicurazione, tacito rinnovo, facoltà di disdetta alla scadenza

L'*assicurazione* è con tacito rinnovo, pertanto la stessa si rinnova tacitamente alla scadenza per un anno e così a seguire.



All'*Assicurato/Aderente* e alla *Compagnia* è riconosciuta la facoltà di disdire l'*assicurazione* con effetto dalla scadenza della stessa.

La facoltà di disdetta può essere esercitata mediante lettera raccomandata A/R o PEC. La comunicazione deve essere inviata all'*Intermediario* al quale è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia* almeno 30 giorni prima della scadenza della *assicurazione* stessa.

Art. 1.5 Recesso in caso di sinistro



La *Compagnia* può recedere dall'*assicurazione* di cui alle singole adesioni solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'*esercente la professione* sanitaria per più di un *sinistro*, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un *risarcimento del danno*.

La relativa comunicazione deve essere effettuata mediante raccomandata A/R o PEC e ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa.

La *Compagnia* rimborsa la parte di *premio*, relativa al periodo che intercorre da tale alla scadenza del *periodo di assicurazione*, al netto degli oneri fiscali, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 1.6 Dichiarazioni relative al rischio



La *Compagnia* presta la copertura assicurativa in base al rischio dichiarato dall'*Assicurato/Aderente* al momento della stipula dell'*assicurazione*.

Se la dichiarazione è incompleta o non corretta, la *Compagnia* potrebbe sottovalutare il rischio, che altrimenti avrebbe non assicurato o assicurato a condizioni differenti.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Aderente relative a elementi che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come pure la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile).

Art. 1.7 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato/Aderente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia ora per allora al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 Aggravamento del rischio



L'Assicurato/Aderente deve dare immediata comunicazione scritta alla Compagnia dei mutamenti che aggravano il rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché legittimare il recesso della Compagnia dall'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.



Esempio di aggravamento del rischio

L'Assicurato/Aderente dichiara di non svolgere attività chirurgica. Durante il periodo di assicurazione inizia a svolgere alcuni interventi chirurgici senza comunicarlo alla Compagnia.

È necessario che la Compagnia sia informata di questo mutamento, affinché possa definire correttamente le condizioni di garanzia e premio. Diversamente, in caso di sinistro, lo stesso non sarebbe coperto dalla presente polizza.

Art. 1.9 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.10 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato/Aderente sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata A/R o mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) diretta all'Agenzia o all'Intermediario al quale è assegnata la presente polizza o alla Compagnia.

Art. 1.11 Altre assicurazioni



L'Assicurato/Aderente è tenuto a dichiarare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione, con altri assicuratori, di polizze riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente assicurazione, indicandone i massimali assicurati.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato/Aderente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome delle altre, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

In particolare, in caso di sinistro, l'Assicurato/Aderente è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

Qualora esistano altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio, la presente assicurazione opera a "secondo rischio", cioè in eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalle altre polizze.

Art. 1.12 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Aderente, secondo le norme di legge.

Art. 1.13 Foro competente



In caso di controversie relative alla interpretazione, esecuzione e applicazione del contratto, il Foro competente è a scelta della parte attrice tra i seguenti:

- foro del luogo dove ha sede legale l'Assicurato/Aderente;
- foro del luogo dove ha sede l'Intermediario cui è assegnata la presente polizza;
- foro di Milano.

Art. 1.14 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non regolato dalle presenti condizioni di *assicurazione*, l'*assicurazione* è disciplinata dalla legge italiana.

Art. 1.15 Inoperatività dell'assicurazione a seguito di sanzioni



La *Compagnia* non è tenuta a prestare alcuna copertura, a pagare *sinistri* o a fornire qualsiasi altro tipo di prestazione in base alla presente *assicurazione*, qualora tale copertura, *indennizzo* o prestazione possa esporre la *Compagnia* a sanzioni oppure alla violazione di divieti e misure restrittive derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, USA, Canada o Regno Unito.

Art. 1.16 Cessione



La presente *assicurazione* non può essere ceduta in tutto o in parte se non con il consenso della *Compagnia* mediante apposito allegato alla presente *assicurazione*.

Art. 1.17 Clausola Broker

L'*Assicurato/Aderente* dichiara di aver affidato la gestione della presente *assicurazione* all'*Intermediario* indicato in *Polizza* (di seguito l'*Intermediario*). Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente *Assicurazione* sono svolti per conto dell'*Assicurato/Aderente* dall'*Intermediario* stesso il quale tratterà con MedInsure, che è stata autorizzata dalla *Compagnia* a ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al contratto di *Assicurazione*.

Ad eccezione della durata e della cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dall'*Assicurato/Aderente*, le comunicazioni fatte a MedInsure dall'*Intermediario*, in nome e per conto dell'*Assicurato/Aderente*, si intendono come fatte dall'*Assicurato/Aderente* stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dall'*Intermediario* e quelle fatte direttamente dall'*Assicurato/Aderente* alla *Compagnia*, prevalgono queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della *Compagnia* da parte dell'*Intermediario*, le comunicazioni eventualmente fatte dall'*Assicurato/Aderente* all'*Intermediario* stesso possono intendersi come fatte alla *Compagnia* soltanto se tempestivamente trasmesse a MedInsure. e alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine oppure un Aggravamento del Rischio devono essere fatte alla *Compagnia* per il tramite di MedInsure. e hanno efficacia dal momento della ricezione da parte di MedInsure. Il pagamento del *Premio* realizzato in buona fede all'*Intermediario* o ai suoi collaboratori od a MedInsure si considera effettuato direttamente alla *Compagnia*, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte della *Compagnia* nei confronti dell'*Intermediario* nel caso di omesso versamento del *Premio* da parte dell'*Intermediario* sul conto separato.

L'*Intermediario* è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito delle dell'informativa precontrattuale da fornire all'*Assicurato/Aderente*, ai sensi degli artt. 120 e 121 del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Ivass n. 5/2006.

Qualora l'*Assicurato/Aderente* revochi l'incarico all'*Intermediario* senza affidarne un altro a un altro *Intermediario* oppure qualora l'*Assicurato/Aderente* rilasci a un altro *Intermediario* un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dall'*Assicurato/Aderente*, l'incarico all'*Intermediario* cessato o sostituito si considera automaticamente privo di effetto nei confronti della *Compagnia*. La *Compagnia* stessa è in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra l'*Assicurato/Aderente* e l'/gli *Intermediario/i* o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Art. 1.18 Diritto di ripensamento (solo per polizze collocate tramite vendita a distanza)

L'*Assicurato/Aderente* può recedere dall'*assicurazione* entro **14 giorni dalla stipula dell'*Assicurazione***, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il recesso può essere esercitato mediante comunicazione scritta contenente gli elementi identificativi della *polizza* con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC).

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *Compagnia* rimborsa all' *Assicurato/Aderente* il *premio* versato diminuito:

- della parte di *premio* utilizzata per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli oneri fiscali e previsti (eventualmente) dalla legge.

L'*Assicurato/Aderente* **NON può recedere se è stato denunciato un *sinistro* prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.**

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, l'*Intermediario* e la *Compagnia* hanno il diritto di recuperare il premio restituito all'*Assicurato/Aderente*.

Copertura Responsabilità civile professionale

Cosa è assicurato

La presente *assicurazione*, prestata nella forma *Claims Made*, è rivolta al medico, iscritto al relativo Albo professionale, per la propria *attività professionale*.

L'*assicurazione* tiene indenne il *medico* assicurato dei *danni* causati a terzi nello svolgimento delle *attività professionali* specificate in *polizza*, **ferma l'esclusione di qualsiasi attività chirurgica o invasiva in genere**, nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle *richieste di risarcimento*.

Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione

La *Compagnia* tiene indenne l'*Assicurato/Aderente*, nel limite del **massimale** indicato in *polizza*, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi della legge applicabile, a titolo di *risarcimento* (capitale, interessi e spese) per *danni* involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di *danni* derivanti da lesioni personali, morte e *danni* materiali anche a cose, causati a terzi nello svolgimento delle *attività professionali* riportate in *polizza* durante il *periodo di assicurazione* o di *retroattività* (se concessa).

La presente garanzia opera per:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'*attività professionale* dichiarata ed indicata in *polizza*;
- Azione di rivalsa esperita dalla *Struttura Sanitaria* nonché di Surrogazione dell'impresa di assicurazione della *Struttura Sanitaria*, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- Eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Inoltre, qualora la *richiesta di risarcimento* sia connessa all'*attività professionale* svolta dall'*Assicurato/Aderente* in qualità di dipendente o convenzionato di *Struttura Sanitaria*, tiene indenne l'*Assicurato/Aderente* unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla *Struttura Sanitaria* o al suo assicuratore, **solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con Sentenza passata in giudicato della Corte dei conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi**.

Condizioni sempre operanti

L'*assicurazione* opera con l'applicazione delle *franchigie* e dei *limiti* indicati in *polizza* e sempre entro il **massimale** indicato in *polizza*, anche per le seguenti condizioni.

Art. 2.2 Interventi di primo soccorso

L'*assicurazione* opera per i *danni* derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti in qualità di medico per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'*attività* retribuita, cagionati anche con colpa lieve.

Art. 2.3 Estensioni diverse

L'*assicurazione* si intende estesa alla Responsabilità Civile o Amministrativa dell'*Assicurato/Aderente* per:

- le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'*attività professionale* svolta dall'*Assicurato/Aderente*, compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e radioterapisti, per scopi terapeutici;
- la pratica della medicina omeopatica e dell'agopuntura;
- la consegna e la somministrazione diretta e gratuita di farmaci di cui l'*Assicurato/Aderente* abbia curato la conservazione;
- i *danni* derivanti da fatti commessi dal medico che sostituisce l'*Assicurato/Aderente* e per i quali esiste una responsabilità in capo all'*Assicurato/Aderente*;
- i *danni* derivanti dallo svolgimento del Servizio di Continuità Assistenziale e di incarichi temporanei per la sostituzione del medico di medicina generale;
- l'*attività intramoenia* svolta dall'*Assicurato/Aderente* nonché le prestazioni sanitarie erogate in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;
- le prestazioni sanitarie erogate dall'*Assicurato/Aderente* in regime libero-professionale presso Strutture Sanitarie, di cui l'*Assicurato/Aderente* stesso si avvalga nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente;
- l'esecuzione e la partecipazione dell'*Assicurato/Aderente* ad attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie con utilizzo di appropriate risorse tecnologiche ed organizzative.

Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura

Art. 2.4 Soggetti non considerati terzi



Non sono considerati terzi: il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato/Aderente, nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive, anche se non presente nello stato di famiglia.

Art. 2.5 Rischi esclusi dall'assicurazione



Sono esclusi i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a) violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
- b) violazione della normativa sulla privacy;
- c) pretesa mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato/Aderente;
- d) 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/Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- e) atto doloso, disonesto o fraudolento; in tale caso, la Compagnia ha diritto al rimborso di tutti gli importi corrisposti a titolo di danni in relazione ad una richiesta di risarcimento;
- f) conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
- g) esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche,
- h) prescrizione o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- i) violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- j) proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
- k) perdite patrimoniali, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato di svolgere l'Attività di Medicina Legale e Medicina del Lavoro. Resta inteso che sono comunque escluse dalla copertura le richieste di risarcimento derivanti da danni cagionati in seguito ad errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa;
- l) relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato/Aderente;
- m) consulenza on line o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
- n) trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
- o) ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
- p) lesioni di cose mobili e immobili che l'Assicurato/Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
- q) spese sostenute dall'Assicurato/Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Compagnia;
- r) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato/Aderente abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato/Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
- s) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato/Aderente non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza. Resta inteso che sono altresì escluse le richieste di risarcimento riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- t) atti di guerra o terrorismo;
- u) fatti dolosi commessi dall'Assicurato/Aderente;
- v) inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
- w) obbligo di manleva della sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
- x) attività non indicate in polizza;
- y) conduzione dello studio medico dell'Assicurato/Aderente.
- z) trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici), nonché da produzione, detenzione o uso di sostanze radioattive;
- aa) fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra (ciò anche in coerenza con quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile);

- bb) effettive o presunte violazioni dei contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa, meglio definiti Employment Practice Liability;
- cc) stato di insolvenza dell'Assicurato/Aderente oppure alla sottoposizione di un Assicurato/Aderente ad una qualsiasi procedura concorsuale o ammissione ad una procedura di sovraindebitamento;
- dd) presenza di muffa tossica o amianto, nonché lo svolgimento di attività connessa all'uso di muffle tossiche o amianto;
- ee) mancata effettuazione, da parte di qualsiasi Assicurato/Aderente o di altro soggetto che agisca per conto dell'Assicurato/Aderente, di un'accurata valutazione preventiva dei costi relativi all'esecuzione di attività professionali;
- ff) richieste di risarcimento presentate prima della data di decorrenza della presente assicurazione oppure traenti origine da, basate su o attribuibili a qualsiasi circostanza che, sin dalla data di decorrenza della presente assicurazione, un qualsiasi Assicurato/Aderente avrebbe potuto ragionevolmente considerare come possibile fonte di una richiesta di risarcimento;
- gg) richieste di risarcimento presentate o attualmente in corso negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure finalizzata all'esecuzione di una sentenza di condanna ottenuta negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure basata sulla legge degli Stati Uniti d'America, Canada o di qualsiasi dei relativi territori o possedimenti;
- hh) tasse e imposte, multe o sanzioni di qualunque natura (civile, penale, amministrativa, fiscale ecc.) inflitte direttamente all'Assicurato/Aderente, salari, compensi, indennità, oppure qualsiasi altra voce non assicurabile secondo la legislazione che governa la presente assicurazione;
- ii) richieste di risarcimento per le perdite patrimoniali derivanti da qualsiasi impegno, garanzia, promessa di garanzia, promessa di pagamento, penale contrattuale, altro obbligo volontariamente assunto, salvo il caso in cui l'Assicurato/Aderente sarebbe stato ritenuto responsabile anche in assenza di tale impegno, garanzia od obbligo;
- jj) campi elettromagnetici.

L'assicurazione RC professionale non comprende:

- a) qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che l'abbia determinata;
- b) qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato, derivante da un atto cyber.

Art. 2.6 Fatti noti

Tutti i fatti noti,, se non espressamente comunicati in fase di sottoscrizione, non saranno oggetto di copertura della presente polizza.

Tuttavia, non sono considerati fatti noti, e pertanto le richieste di risarcimento conseguenti saranno considerate sinistro ai sensi di polizza:

- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato/Aderente venga portato a conoscenza della esistenza di una richiesta di risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;
- le comunicazioni notificate all'Assicurato/Aderente dalla Struttura Sanitaria ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

Come posso personalizzare la copertura

Garanzie aggiuntive

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo operanti solo se espressamente richiamate in polizza

L'assicurazione è estesa anche alle seguenti garanzie aggiuntive, operanti con l'applicazione delle franchigie, degli scoperti e dei limiti indicati in polizza.



Rimangono valide tutte le esclusioni indicate all'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura, se non esplicitamente derogate.

Art. 2.7 Ultrattività - Estensione volontaria in caso di prosecuzione dell'attività

In caso di disdetta, recesso o sostituzione della presente polizza, è facoltà dell'Assicurato/Aderente richiedere, al termine di ciascun periodo di assicurazione, l'attivazione del periodo di ultrattività della garanzia in caso di prosecuzione dell'attività professionale.

In questo caso le richieste di risarcimento conseguenti ad errori o omissioni accaduti o commessi successivamente alla data di retroattività fino alla data di scadenza del periodo di assicurazione restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il massimale assicurato in tale periodo di ultrattività rappresenta la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo, indipendentemente dal numero di richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato/Aderente.

L'Assicurato/Aderente è tenuto a corrispondere il premio dovuto per l'attivazione del periodo di ultrattività, come di seguito specificato:

- per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa, 500% del premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete, 400% del premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete, 300% del premio corrisposto per l'ultima annualità;

- per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, 250% del *premio* corrisposto per l'ultima annualità.

Il *premio* relativo alla presente estensione deve essere corrisposto in unica soluzione entro il 30° giorno successivo alla data di scadenza del *periodo di assicurazione*.

Per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, il periodo di ultrattività è prestato a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato/Aderente verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi.

La presente estensione di ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Compagnia e in caso di morte dell'Assicurato/Aderente si intende estesa agli eredi stessi.

Come è prestata l'assicurazione

Art. 2.8 Massimale

Il *massimale* indicato in polizza costituisce la massima somma risarcibile dalla Compagnia in base alla presente *assicurazione*. I limiti presenti sono parte del *massimale* e non in aggiunta ad esso.

Art. 2.9 Validità temporale della garanzia (Clausola "claims made")



L'*assicurazione* è prestata in forma "claims made".

Sono, pertanto, comprese in garanzia le *richieste di risarcimento*:

- ricevute dall'Assicurato/Aderente per la prima volta durante il *periodo di assicurazione* o durante il *periodo di ultrattività*;
 - denunciate dall'Assicurato/Aderente alla Compagnia durante il *periodo di assicurazione* o durante il *periodo di ultrattività*;
- e conseguenti a un *errore professionale* commesso nel *periodo di assicurazione* o di *retroattività*.

Art. 2.10 Vincolo di solidarietà

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato/Aderente con altri soggetti, la Compagnia risponde di quanto dovuto dall'Assicurato/Aderente anche oltre la quota di responsabilità dell'Assicurato/Aderente e quindi per l'intero, fermo il diritto di regresso della Compagnia nei confronti di altri terzi responsabili.

Art. 2.11 Estensione territoriale

L'*assicurazione* opera, ove consentito dalla legge, per i *sinistri* occorsi nel mondo intero, esclusi USA e Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

È sempre 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. La Compagnia, pertanto, non è obbligata per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 2.12 Estensione ultrattività dell'assicurazione per cessazione definitiva dell'Attività

Se durante il *periodo di assicurazione* l'*attività professionale* dell'Assicurato/Aderente viene a cessare definitivamente, per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio la cancellazione dall'Albo Professionale per motivi disciplinari), le *richieste di risarcimento* conseguenti ad errori o omissioni accaduti o commessi successivamente alla data di *retroattività* e fino alla data di scadenza del *periodo di assicurazione* restano coperte alle condizioni di Assicurazione in vigore per ulteriori 10 (dieci) anni.

Il *massimale* assicurato in tale *periodo di ultrattività* rappresenta la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo, indipendentemente dal numero di *richieste di risarcimento* pervenute all'Assicurato/Aderente.

L'Assicurato/Aderente (o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia della sopravvenuta cessazione dell'*attività professionale* ed è tenuto a corrispondere il *premio* dovuto a fronte di tale evenienza come di seguito specificato:

- per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa, 500% del *premio* corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete, 400% del *premio* corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete, 300% del *premio* corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, 250% del *premio* corrisposto per l'ultima annualità.

Il *premio* relativo alla presente estensione deve essere corrisposto in unica soluzione entro il 30° giorno successivo alla data di scadenza del *periodo di assicurazione*.

Per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, il *periodo di ultrattività* decennale è prestato a titolo gratuito in caso di decesso dell'Assicurato/Aderente verificatosi durante la vigenza della copertura, a vantaggio degli eredi.

La presente estensione di ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Compagnia e in caso di morte dell'Assicurato/Aderente si intende estesa agli eredi stessi

Art. 2.13 Clausola Bonus/Malus

In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, attuativo della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ad ogni scadenza annuale e previo preavviso di almeno 60 giorni, con riferimento al verificarsi o meno di *sinistri*, la *Compagnia* comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie che si rendessero necessarie in relazione alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso e del fabbisogno finanziario della *Compagnia*.

L'*Assicurato/Aderente* può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure tacitamente provvedendo al pagamento della nuova quietanza di *premio*.

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Norme relative alla copertura Responsabilità civile professionale

Art. 3.1 Obblighi dell'Assicurato/Aderente in caso di sinistro



L'*Assicurato/Aderente* deve dare comunicazione scritta all'*Intermediario* al quale è assegnata la polizza o alla *Compagnia*, entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, di:

- a) qualsiasi *richiesta di risarcimento* allo stesso presentata durante il *periodo di assicurazione* o durante il *periodo di ultrattività*;
- b) qualsiasi *circostanza* di cui venga a conoscenza durante il *periodo di assicurazione* o durante il *periodo di ultrattività*, che possa dare adito ad una *richiesta di risarcimento*.

La denuncia di *richiesta di risarcimento* deve contenere:

- dettagliate informazioni sugli eventi;
- nome della controparte;
- natura dell'*errore professionale* commesso, o che si presume sia stato commesso, dall'*Assicurato/Aderente*;
- quantificazione indicativa del *danno*.

In caso di *assicurazione* presso diversi assicuratori, l'*Assicurato/Aderente* deve inoltre darne avviso a ciascuno degli assicuratori stessi.

L'*Assicurato/Aderente* deve inoltre:

- c) astenersi da ammettere responsabilità, concordare l'entità della *richiesta di risarcimento* oppure sostenerne costi e spese senza il consenso scritto della *Compagnia*;
- d) astenersi dall'incaricare legali o periti senza la preventiva approvazione della *Compagnia*;
- e) astenersi dal pregiudicare la posizione della *Compagnia* o i diritti di rivalsa o surrogazione della stessa;
- f) fornire alla *Compagnia* tutte le informazioni e i *documenti* richiesti e collaborare con la stessa in merito a tutte le questioni relative alla *richiesta di risarcimento*.

L'inadempimento di uno degli obblighi di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 3.2 Esagerazione dolosa del danno – Clausola risolutiva espressa



L'*Assicurato/Aderente* devono astenersi da:

- a) presentare una *richiesta di risarcimento* falsa o fraudolenta;
- b) rappresentare dolosamente una falsa ed eccessiva quantificazione del *danno*;
- c) dichiarare fatti non rispondenti al vero;
- d) presentare *documenti* falsi;
- e) occultare prove;
- f) agevolare gli intenti fraudolenti di *terzi*.

L'inosservanza di tali obblighi comporta:

- la perdita totale del diritto all'*indennizzo*;

- la risoluzione automatica dell'assicurazione, senza alcuna restituzione del premio.

Rimane fermo il diritto della *Compagnia* alla rivalsa nei confronti dell'*Assicurato/Aderente* per *indennizzi* già pagati e comunque per il *risarcimento* di ogni danno subito.

Art. 3.3 Gestione delle vertenze e costi di difesa



La *Compagnia* può assumere, a nome dell'*Assicurato/Aderente*, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze, in sede civile, penale e amministrativa, avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'*Assicurato/Aderente* stesso e con facoltà di designare legali, periti, consulenti o tecnici.

La *Compagnia* assume la gestione delle vertenze se e fino a quando ne ha interesse.

Sono a carico della *Compagnia* i costi di difesa sostenuti per resistere all'azione promossa contro l'*Assicurato/Aderente*, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, i costi di difesa vengono ripartiti fra la *Compagnia* e l'*Assicurato/Aderente*, in proporzione del rispettivo interesse ai sensi di quanto previsto dall'art. 1917 del Codice Civile.

La *Compagnia* non riconosce i costi di difesa sostenuti dall'*Assicurato/Aderente* per legali o tecnici che non siano stati da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

L'*Assicurato/Aderente* è tenuto a comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le leggi lo prevedano o la *Compagnia* lo richieda. La *Compagnia* ha il diritto di rivalersi sull'*Assicurato/Aderente* del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

L'*Assicurato/Aderente*, dietro preventivo consenso scritto della *Compagnia*, può arrivare ad una definizione bonaria del sinistro mediante una transazione.

La transazione è raccomandata dalla *Compagnia* se l'importo risulta proporzionato e adeguato considerando tutte le circostanze, nonché considerando il possibile esito del procedimento giudiziale o arbitrale, instaurato o instaurando. Qualora l'*Assicurato/Aderente* rifiuti di acconsentire a una transazione raccomandata dalla *Compagnia* e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali, l'obbligo risarcitorio della *Compagnia* non può eccedere il limite dell'importo raccomandato, incluse le spese maturate fino alla data del rifiuto.

Qualora la richiesta di risarcimento o parte di essa non dovesse rientrare nell'operatività dell'assicurazione, i costi di difesa pagati dalla *Compagnia* devono essere rimborsati a quest'ultima.

Art. 3.4 Limite massimo di risarcimento

Per ciascun sinistro, la *Compagnia* non è tenuta a pagare una somma maggiore del massimale assicurato, salvo i casi previsti dall'art. 1917 del Codice Civile.

Art. 3.5 Pagamento del risarcimento

Verificate l'operatività dell'assicurazione e la responsabilità dell'*Assicurato/Aderente*, e quantificato il danno risarcibile, la *Compagnia* si impegna a pagare l'importo dovuto entro 30 giorni dal ricevimento degli atti di quietanza firmati.

Art. 3.6 Surrogazione

La *Compagnia* che ha pagato l'indennizzo è surrogata, fino alla concorrenza del suo ammontare, nei diritti dell'*Assicurato/Aderente* verso i terzi responsabili, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

L'*Assicurato/Aderente* deve cooperare e fare tutto ciò che è necessario per aiutare la *Compagnia* ad esercitare tali diritti e rimedi.

Art. 3.7 Assicurazione presso diversi assicuratori

Nel caso in cui per il medesimo rischio assicurato con la presente assicurazione siano stati stipulati più contratti assicurativi presso diversi assicuratori, l'*Assicurato/Aderente* è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore il risarcimento dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 E S.M.I. (di seguito REG.UE)

In adempimento agli obblighi previsti dalla normativa vigente, **REVO Insurance S.p.A.**, con sede in Viale dell'Agricoltura, 7 - 37135 - Verona, in qualità di Titolare dei trattamenti sottoindicati (di seguito brevemente il "Titolare"), premesso che la presente informativa viene rilasciata agli interessati, anche tramite i contraenti/assicurati¹, cui i dati trattati si riferiscono, fornisce le seguenti informazioni.

In particolare, nel caso la comunicazione di dati personali relativi a terzi interessati venga effettuata da parte dei contraenti/assicurati, sarà in capo a questi ultimi la responsabilità della suddetta comunicazione essendo tenuti, i medesimi contraenti/assicurati, ad informare e ad acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi al trattamento e alla comunicazione dei loro dati alla Società, per le finalità assicurative dell'interessato.

1. Responsabile della Protezione dei dati personali e Responsabili del Trattamento

Il Titolare ha nominato il Responsabile della protezione dei dati, al quale è attribuito il compito di sorvegliare l'osservanza del Regolamento, cui Lei può rivolgersi per eventuali ulteriori informazioni inviando una comunicazione:

- a mezzo e-mail, al seguente indirizzo: RPD@revoinsurance.com;

- a mezzo raccomandata a/r, al seguente indirizzo: Viale dell'Agricoltura, 7 - 37135 - Verona, all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati.

Sono state nominate Responsabili del trattamento le Società che forniscono specifici servizi elaborativi o prestano attività connesse, strumentali o di supporto o che svolgono attività di controllo nei confronti del Titolare e come richiesto dalla normativa vigente garantiscono adeguate misure tecniche e organizzative tali che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato.

2. Dati personali oggetto di trattamento e fonte dei dati

Il Titolare tratta dati personali "comuni" (come, ad esempio: nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare, indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia, ecc.), nonché potenzialmente anche dati appartenenti a categorie "particolari"², indispensabili per fornire i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Si tratta di dati forniti dall'interessato stesso o forniti da altri soggetti, ovvero acquisiti consultando banche dati, elenchi e registri legittimamente accessibili.³

3. Finalità - Base giuridica del trattamento - Natura del conferimento dei dati personali

I dati sopra indicati sono trattati per le seguenti finalità:

a) finalità strettamente connesse e strumentali (quindi anche preliminari e conseguenti) all'instaurazione, alla gestione, all'esecuzione ed ai rinnovi dei rapporti contrattuali, per lo svolgimento dell'attività assicurativa, riassicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio, nonché per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti, normative comunitarie o impartiti da Autorità di vigilanza e controllo e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili; nonché gli obblighi di legge in relazione alla trasparenza dei premi e delle condizioni contrattuali. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

b) finalità di verifica dei requisiti assuntivi per l'emissione del contratto, nonché di valutazione della coerenza del prodotto assicurativo rispetto ai bisogni della clientela.

Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

c) finalità di riscontro a richieste di informazioni presentate dal contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo.

Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

¹ Se gli interessati risultano essere persone diverse (es. beneficiari).

² In alcuni casi, per adempiere alle finalità assicurative/liquidative in relazione a specifici prodotti, possono essere richiesti dati idonei a rivelare lo stato di salute, l'origine razziale o etnica, convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità e presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

I dati possono essere forniti da Contraenti in cui l'interessato risulti assicurato o beneficiario, o eventuali coobbligati; in alternativa, i dati possono essere forniti da altri soggetti, facenti parte della c.d. "catena assicurativa", che identifica la catena di soggetti che comprende oltre al Titolare i soggetti esterni allo stesso, operanti anche all'estero, facenti parte del settore assicurativo. A titolo esemplificativo e non esaustivo: assicuratori, riassicuratori; agenti e subagenti, brokers ed altri canali di distribuzione; periti, consulenti, medici legali, società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri nonché da società di servizi (informatici, di archiviazione, etc), organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici; banche dati esterne, IVASS e Ministero dell'Industria, del commercio, dell'artigianato, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici, di archiviazione, ecc.. Tali soggetti appartenenti alla c.d. catena assicurativa, così come identificata anche dal Garante Privacy nel documento del 26 aprile 2007, pongono in essere operazioni di trattamento preordinate all'unica finalità di gestione del rischio assicurato a seguito della stipula del contratto di assicurazione da parte del Titolare con l'interessato.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

d) finalità di determinazione dei premi/sconti assicurativi in fase assuntiva e di rinnovo della polizza.

Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali e contrattuali su richiesta dell'interessato ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. b) Reg. UE e l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

e) finalità relativa all'esercizio ed alla difesa dei diritti della Società in ogni sede e finalità derivanti da obblighi normativi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, attività di antiriciclaggio, antifrode e vigilanza assicurativa anche sui sinistri, normative ed enti relativi all'assicurazione agevolata agricola, ecc.

La base giuridica del trattamento è l'obbligo legale da normativa nazionale ed europea, ai sensi dell'Art. 6 par. 1 lett. c) Reg. UE.

Il conferimento dei dati personali è necessario, pertanto, l'eventuale omessa comunicazione dei dati personali richiesti determina l'impossibilità di esecuzione contrattuale.

4. Destinatari dei dati personali

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate, i Dati Personali dell'interessato potranno essere comunicati alle/conosciuti dalle seguenti categorie di destinatari:

- il personale alle dipendenze del Titolare, quali persone autorizzate al trattamento;
- soggetti terzi facenti parte della c.d. "catena assicurativa" (v. nota 2 *supra*) coinvolti nella gestione dei rapporti con l'interessato, in essere o che svolgono per conto del Titolare compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

I soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali:

- Titolari Autonomi del trattamento, ossia soggetti che determinano in autonomia le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali;
- Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare.

L'elenco aggiornato dei suddetti destinatari è disponibile presso il Titolare, e può essere richiesto scrivendo al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@revoinsurance.com, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati all'indirizzo RPD@revoinsurance.com.

5. Modalità di trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 3), il trattamento dei Dati dell'interessato potrà avvenire mediante strumenti manuali, elettronici e telematici, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, esattezza, pertinenza e non eccedenza, adottando misure di sicurezza organizzative, tecniche ed informatiche adeguate.

6. Comunicazione dati - Trasferimento dei dati all'estero

I dati possono essere comunicati per la gestione dei rapporti instaurati/instaurandi e per l'effettuazione di adempimenti, ad altri soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa" (v. nota 2 *supra*) e ad altri soggetti, quali ad esempio, quelli che svolgono attività di tutela legale, di revisione, di ricerche di mercato e di informazione commerciale, ecc..

I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità assicurative/liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche *extra* UE, a soggetti che collaborano con i Titolari e i Responsabili, sempre nel rispetto della normativa privacy vigente.

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere trasferiti, da parte della Società, verso Paesi Terzi fuori dallo Spazio Economico Europeo. In tali casi il trasferimento avverrà nel rispetto delle condizioni indicate dagli artt. 44 e ss. del Reg. UE, ovvero nei confronti di Paesi per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, sulla base di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea⁴, oppure in applicazione di specifiche deroghe previste dal Reg. UE.

È possibile richiedere maggiori informazioni in merito ai trasferimenti di dati effettuati ed alle garanzie a tal fine adottate, inviando una e-mail al Titolare del trattamento all'indirizzo privacy@revoinsurance.com, oppure al Responsabile della Protezione dei Dati all'indirizzo RPD@revoinsurance.com.

I dati personali raccolti non sono oggetto di diffusione.

7. Tempi di conservazione dei dati personali

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte e comunque conservati per periodi di tempo diversi a seconda delle finalità per le quali sono trattati, in conformità della normativa tempo per tempo applicabile.

I dati trattati per le finalità di cui al punto 3) sono conservati per 10 anni dalla cessazione di efficacia della polizza.

⁴ La selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea, nel rispetto delle raccomandazioni 01/2020 adottate il 10 novembre 2020 dal Comitato Europeo per la Protezione dei Dati. In subordine, i trasferimenti potrebbero essere necessari sulla base di una delle deroghe di cui all'art. 49 Reg. UE, per esempio con il consenso informato dell'interessato o per eseguire un contratto concluso tra l'interessato e il Titolare del trattamento ovvero misure precontrattuali adottate su istanza dell'interessato, o un contratto stipulato tra il Titolare del trattamento e un'altra persona fisica o giuridica a favore dell'interessato, ovvero per importanti motivi di interesse pubblico o per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o, ancora, per tutelare gli interessi vitali dell'interessato o di altre persone qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.

Si precisa che, nell'eventualità in cui la quotazione e l'emissione di un preventivo non dia luogo all'emissione della polizza, i dati utilizzati per la quotazione sono conservati per 12 mesi dall'emissione del preventivo.

In ogni caso il Titolare adotterà ogni cura per garantire un congruo utilizzo dei dati raccolti, procedendo con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità come sopra precisate, in caso contrario i dati saranno cancellati, bloccati o resi anonimi.

In ogni caso resta salva la possibilità di conservare i dati sopra descritti per la necessità di tutelare i diritti del Titolare in ogni sede stragiudiziale ed anche giudiziaria, nelle procedure arbitrali e/o di mediazione e di conciliazione.

8. Diritti dell'interessato

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Reg. UE mandando una e-mail al Titolare del Trattamento all'indirizzo privacy@revoinsurance.com, oppure al Responsabile della Protezione dei dati all'indirizzo RPD@revoinsurance.com.

La informiamo che il Reg. UE all'art. 15 e seguenti conferisce all'interessato:

- a) il diritto di revoca del consenso, laddove prestato;
- b) il diritto di accesso, ossia la possibilità di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento e di acquisire informazioni in merito a: finalità del trattamento in corso, categorie di dati personali in questione, destinatari dei dati in particolare se Paesi terzi, il periodo di conservazione, ove possibile, e le modalità del loro trattamento;
- c) il diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati;
- d) il diritto alla loro cancellazione, ogniquale volta i dati non siano necessari rispetto alle finalità, oppure qualora decidesse di revocare il consenso, o si opponesse al trattamento, o ancora qualora i dati fossero trattati illecitamente, o cancellati per un obbligo di legge;
- e) il diritto alla limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali per il periodo necessario per effettuare le relative verifiche, oppure il trattamento sia illecito, o qualora benché il Titolare del trattamento non abbia più bisogno dei suoi dati, lei richieda la conservazione per finalità giudiziarie, o qualora si sia opposto al trattamento in attesa della verifica dell'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare;
- f) il diritto alla portabilità dei dati ad altro Titolare, qualora il trattamento avvenga con mezzi automatizzati o sia basato sul consenso o sul contratto;
- g) il diritto di opporsi al trattamento qualora il trattamento si basi sul legittimo interesse. Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto della Società;
- h) il diritto a proporre reclamo avanti all'Autorità (Garante italiano per la protezione dei dati personali, <https://www.garanteprivacy.it>).

Nei casi di esercizio dei diritti di cui alle lettere c), d), ed e), l'interessato ha diritto di richiedere i destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali e quindi le eventuali comunicazioni di rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento.

Il Titolare
REVO Insurance S.p.A.

Compagnia: **REVO Insurance S.p.A.**

Prodotto: **Polizza collettiva convenzione Assimedici Medico di medicina generale, medico non specialista, giovane medico o specializzando, medico in quiescenza**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La polizza collettiva convenzione Assimedici "Medico di medicina generale, medico non specialista, giovane medico o specializzando, medico in quiescenza" è la soluzione assicurativa che tutela gli iscritti al relativo Albo professionale, per i danni causati a terzi nello svolgimento della propria attività professionale.



Che cosa è assicurato?

Copertura assicurativa sempre operante:

✓ **Responsabilità Civile professionale:** puoi tutelare il tuo patrimonio a fronte di richieste di risarcimento di terzi a seguito di:
- un errore professionale commesso durante lo svolgimento della tua professione.

La copertura opera per:

- per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale;
- azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria nonché di surrogazione dell'impresa di assicurazione della stessa nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

Per l'attività professionale svolta in qualità di dipendente o convenzionato di Struttura Sanitaria, l'assicurazione copre unicamente le somme che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla Struttura Sanitaria o al suo assicuratore, solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave.

L'assicurazione è prestata entro i massimali e i limiti indicati in polizza.

Personalizzazioni del rischio:

- **Estensioni di garanzia:** a fronte del pagamento di premio aggiuntivo, in caso di disdetta o sostituzione della polizza, alla scadenza del periodo di assicurazione puoi sottoscrivere la clausola di ultrattività, che ti consente di estendere la copertura alle richieste di risarcimento che tu possa ricevere nei 10 anni successivi e relative a fatti occorsi dalla data di retroattività e fino alla scadenza del periodo di assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non è oggetto di copertura la Responsabilità Civile per fatti inerenti attività diverse da quelle indicate in polizza.
- ✗ **.RC professionale:** non sono coperti i danni causati a:
 - il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato/Aderente, nonché i componenti del suo nucleo familiare risultanti dal certificato anagrafico di "stato di famiglia".



Ci sono limiti di copertura?

- ! **L'assicurazione RC professionale** non comprende i danni derivanti direttamente o indirettamente da:
 - ! consulenza on line o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
 - ! perdite patrimoniali imputabili ad assenza del consenso informato;
 - ! derivanti dall'effettuazione di qualsiasi attività inerente alle analisi ambientali, ad attività medica ambulatoriale di consulenza specialistica;
 - ! Attività Invasiva diagnostica, Attività invasiva, Chirurgia minore e Chirurgia, e qualsiasi atto che richieda accesso alla sala operatoria
 - ! violazione della normativa Privacy relativamente a finalità commerciali e Cyber risk
 - ! inottemperanza del Codice Deontologico



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione della Responsabilità Civile professionale vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero, esclusi USA e Canada e i territori sotto la loro giurisdizione, purché le azioni legali siano fatte valere in Italia.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- al momento della stipula dell'assicurazione, fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative;
- dopo la stipula dell'assicurazione, comunicare alla Compagnia i mutamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro, devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere alla valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Se non lo facessi, potrebbe venire meno il diritto al pagamento dell'indennizzo assicurativo.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto.

Puoi pagare tramite:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati alla Compagnia oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto;
- denaro contante, con i limiti previsti dalla normativa vigente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio o la prima rata di premio, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se non hai pagato il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento

La polizza è con tacito rinnovo



Come posso disdire la polizza?

Puoi esercitare la facoltà di disdetta inviando una lettera raccomandata A/R o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza stessa.

Qualora la polizza sia stata acquistata tramite vendita a distanza, è possibile esercitare il diritto di ripensamento inviando una lettera raccomandata A/R o PEC entro 14 giorni dalla stipula della polizza.

Assicurazione di responsabilità civile per medico di medicina generale, medico non specialista, giovane medico o specializzando, medico in quiescenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

REVO Insurance S.p.A.



Polizza collettiva convenzione Assimedici – medico di medici generale,
medico non specialista, giovane medico o specializzando, medico in quiescenza

Data di aggiornamento: 01/07/2024

Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona

Sede operativa: Via Monte Rosa 91, 20149 Milano - tel. 02 92885700

Sito Internet: www.revoinsurance.com

PEC: revoinsurance@pec.revoinsurance.com

Iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00167 con Provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008

Capogruppo del Gruppo "REVO Insurance" iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059

Bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2023 di REVO Insurance S.p.A.

Il patrimonio netto ammonta a euro euro 209.170.798, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a euro euro 6.680.000 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a euro 196.660.499.

La Relazione Unica sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria al 31 dicembre 2023 del Gruppo REVO Insurance (SFCR) di cui all'articolo 216-novies del CAP è disponibile nel sito della Compagnia (www.revoinsurance.com) nella sezione Investor Relations.

Il Requisito patrimoniale di solvibilità di REVO Insurance S.p.A. ammonta a euro 72.422 mila, il Requisito patrimoniale minimo a euro 20.767 mila e i Fondi propri ammissibili alla loro copertura euro 153.470 mila.

Il Valore dell'indice di solvibilità (Solvency ratio) di REVO Insurance è pari a 211,9%, quello del Gruppo REVO Insurance è pari a 212,0%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia offre la copertura assicurativa nei limiti dei massimali concordati con l'Assicurato/Aderente e indicati in polizza.

La polizza prevede le seguenti coperture:

- **RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE**
Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, l'assicurazione vale anche per la:
 - Responsabilità civile che possa derivare da Interventi di primo soccorso;
 - Responsabilità civile o amministrativa per estensioni diverse;
 - Periodo di ultrattività per cessazione dell'attività professionale.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

! **RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE**

Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, l'assicurazione non comprende i danni derivanti direttamente o indirettamente da:

- violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
- violazione della normativa sulla privacy;
- pretesa mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato/Aderente;
- 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/Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- atto doloso, disonesto o fraudolento; in tale caso, la Compagnia ha diritto al rimborso di tutti gli importi corrisposti a titolo di danni in relazione ad una richiesta di risarcimento;
- conseguenti a furto, da incendio, esplosione o scoppio;
- esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- prescrizione o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
- violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore;
- perdite patrimoniali, ad eccezione di coloro che hanno dichiarato di svolgere l'Attività di Medicina Legale e Medicina del Lavoro. Resta inteso che sono comunque escluse dalla copertura le richieste di risarcimento derivanti da danni cagionati in seguito ad errori od omissioni derivanti dall'esercizio dell'attività amministrativa;
- relative a responsabilità dell'eventuale medico sostituto (A.C.N. del 23/03/2005 e successive modifiche e integrazioni) per fatti da lui commessi, non rivestendo lo stesso la qualifica di Assicurato/Aderente;
- consulenza on line o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
- trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
- ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici;
- lesioni di cose mobili e immobili che l'Assicurato/Aderente abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
- spese sostenute dall'Assicurato/Aderente per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Compagnia;

- fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato/Aderente abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato/Aderente venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
- fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere qualora l'Assicurato/Aderente non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza. Resta inteso che sono altresì escluse le richieste di risarcimento riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- atti di guerra o terrorismo;
- fatti dolosi commessi dall'Assicurato/Aderente;
- inadempienze contrattuali (es. restituzione compensi);
- obbligo di manleva della sulla Struttura Sanitaria con la stipula di un'assicurazione specificatamente predisposta o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati, sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo sia in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o da tali fondi;
- attività non indicate in polizza;
- conduzione dello studio medico dell'Assicurato/Aderente.
- trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici), nonché da produzione, detenzione o uso di sostanze radioattive;
- fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra (ciò anche in coerenza con quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile);
- effettive o presunte violazioni dei contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa, meglio definiti Employment Practice Liability;
- stato di insolvenza dell'Assicurato/Aderente oppure alla sottoposizione di un Assicurato/Aderente ad una qualsiasi procedura concorsuale o ammissione ad una procedura di sovraindebitamento;
- presenza di muffa tossica o amianto, nonché lo svolgimento di attività connessa all'uso di muffe tossiche o amianto;
- mancata effettuazione, da parte di qualsiasi Assicurato/Aderente o di altro soggetto che agisca per conto dell'Assicurato/Aderente, di un'accurata valutazione preventiva dei costi relativi all'esecuzione di attività professionali;
- richieste di risarcimento presentate prima della data di decorrenza della presente assicurazione oppure traenti origine da, basate su o attribuibili a qualsiasi circostanza che, sin dalla data di decorrenza della presente assicurazione, un qualsiasi Assicurato/Aderente avrebbe potuto ragionevolmente considerare come possibile fonte di una richiesta di risarcimento;
- richieste di risarcimento presentate o attualmente in corso negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure finalizzata all'esecuzione di una sentenza di condanna ottenuta negli Stati Uniti d'America, in Canada o in qualsiasi dei relativi territori o possedimenti, oppure basata sulla legge degli Stati Uniti d'America, Canada o di qualsiasi dei relativi territori o possedimenti;
- tasse e imposte, multe o sanzioni di qualunque natura (civile, penale, amministrativa, fiscale ecc.) inflitte direttamente all'Assicurato/Aderente, salari, compensi, indennità, oppure qualsiasi altra voce non assicurabile secondo la legislazione che governa la presente assicurazione;
- richieste di risarcimento per le perdite patrimoniali derivanti da qualsiasi impegno, garanzia, promessa di garanzia, promessa di pagamento, penale contrattuale, altro obbligo volontariamente assunto, salvo il caso in cui l'Assicurato/Aderente sarebbe stato ritenuto responsabile anche in assenza di tale impegno, garanzia od obbligo;
- campi elettromagnetici.

Sono inoltre esclusi:

- qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che l'abbia determinata;
- qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato, derivante da un atto cyber.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PROFESSIONALE

L'Assicurato/Aderente deve:

- comunicare per iscritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia, entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza di:
 - o qualsiasi richiesta di risarcimento presentata durante il periodo di assicurazione o durante il periodo di ultrattività;
- in caso di assicurazione presso diversi assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi, indicando il nome degli altri.

	La denuncia di richiesta di risarcimento o di circostanza deve contenere: <ul style="list-style-type: none"> - dettagliate informazioni sugli eventi; - nome della controparte; - natura dell'errore professionale commesso, o che si presume sia stato commesso, dall'Assicurato/Aderente; - quantificazione indicativa del danno.
Cosa fare in caso di sinistro?	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. In particolare, nell'assicurazione della responsabilità civile il suddetto termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come pure la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'Impresa	La Compagnia provvede al pagamento del risarcimento entro 30 giorni dal ricevimento degli atti di quietanza debitamente firmati.
 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio di polizza deve essere pagato all'intermediario autorizzato a cui è assegnata la polizza oppure alla Compagnia. Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.
Rimborso	Se la Compagnia esercita il diritto di recesso in caso di sinistro, rimborsa la parte di premio, relativa al periodo che intercorre da tale data alla scadenza del periodo di assicurazione, al netto degli oneri fiscali, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso. In caso di esercizio del diritto di ripensamento, la Compagnia rimborsa la parte di premio non goduta, al netto degli oneri fiscali.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La polizza è emessa con durata annuale e con tacito rinnovo, pertanto, in assenza di disdetta, la polizza si rinnova tacitamente alla scadenza per un anno e così a seguire, salva la possibilità di recesso in caso di sinistro. In caso di disdetta della convenzione la singola polizza del singolo medico aderente avrà validità sino alla naturale scadenza annua successiva alla disdetta della convenzione
Sospensione	Non è prevista la facoltà di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

La presente soluzione assicurativa è rivolta a Medico non specializzato, Giovane medico e/o Specializzando, medico in quiescenza, iscritti al relativo Albo professionale, per i danni causati a terzi nello svolgimento della propria Attività Professionale.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta agli intermediari ammonta al 30%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Il soggetto che si reputi insoddisfatto con riferimento al contratto può presentare reclamo alla Compagnia; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione di contratto.</p> <p>I reclami vanno inviati a:</p> <p>REVO Insurance S.p.A. – Segreteria Generale – Funzione Reclami, con una delle seguenti modalità alternative:</p> <ul style="list-style-type: none">- per posta ordinaria al seguente indirizzo: Via Monte Rosa, n. 91 – 20149 Milano- per posta elettronica al seguente indirizzo: reclami@revoinsurance.com- per posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: reclami@pec.revoinsurance.com- per fax al numero: 02/92885749. <p>La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p> <p>Nel caso di reclami concernenti il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti/collaboratori di cui la Compagnia si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, si provvederà direttamente alla loro gestione, entro il termine massimo di 45 giorni, ferma restando la possibilità di sospendere tale termine per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>Nel caso di reclami concernenti il comportamento dei Broker e loro dipendenti/collaboratori, questi potranno essere a loro indirizzati e la relativa gestione ricadrà direttamente sull'Intermediario interessato.</p> <p>Nel caso in cui tali reclami fossero indirizzati a REVO Insurance S.p.A., la stessa provvederà a trasmetterli al broker interessato dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it</p> <p>Info su: www.ivass.it.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). L'esperienza del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

