PROGRAMMA PER LA GESTIONE ASSICURATIVA DEI RISCHI DI RESPONSABILITA' CIVILE SANITARIA DELLE AZIENDE DELL'AREA VASTA EMILIA CENTRALE

LOTTO 1 Polizza B

CAPITOLATO SPECIALE

CONDIZIONI NORMATIVE DELLE POLIZZE RC COLPA GRAVE

stipulata tra

.....

e l'Impresa di Assicurazioni

POLIZZA DI ASSICURAZIONE
DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE"
DEL PERSONALE DELL AZIENDE DELL'AREA VASTA EMILIA CENTRALE

La presente polizza convenzione è prestata nella forma "claims made", ciò significa che la polizza copre i sinistri notificati dall'Assicurato alla Società per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

DEFINIZIONI

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

Contraente	Ciascun singolo assicurato aderente alla presente convenzione.
Società	L'Impresa di Assicurazioni ……
per Azienda Sanitaria	Ciascuna Azienda Sanitaria Locale od Ospedaliera e l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dell'Area Vasta Emilia Centrale nonché ogni altra Azienda Sanitaria Pubblica presso la quale o per conto della quale l'Assicurato presti servizio.
Assicurato	Ha facoltà di aderire alla presente Convenzione tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo operante o che abbia operato in passato presso o su incarico delle Aziende Sanitarie Locali od Ospedaliere e l'IRCCS dell'Area Vasta Emilia Centrale.
Polizza di Assicurazione	Ciascun singolo certificato emesso dalla Società in applicazione della presente Convenzione.
Danno	il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di presone, ogni distruzione, deterioramento, alterazione, perdita danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale nonché i danni ad essi conseguenti.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Massimale	la somma massima che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri che colpiscono la Polizza, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Copertura.
Richiesta di risarcimento	per richiesta di risarcimento si intende quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato: - la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria od la Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato o manifesta all'Assicurato di ritenerlo responsabile per danni o perdite cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso a titolo di colpa grave; - l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti.
Convenzione	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Certificato e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questa Convenzione, costituenti documenti individuali di Polizza.
Portabilità dell'Assicurazione	la condizione specifica della presente Convenzione che consente all'Assicurato, (fermo restando il possesso del requisito di cui alla Definizione di Assicurato) di estendere l'Assicurazione, entro i limiti temporali di validità della stessa e suoi eventuali successivi rinnovi, sia alle attività pregresse, sia a quelle future, purché svolte presso e/o per conto di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale Italiano.

Articolo 1	**FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ**

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di

decorrenza dell'Assicurazione ed anche antecedentemente senza limitazione di tempo (retroattività illimitata).

Articolo 2	**MASSIMALI DI GARANZIA**

€ 5.000.000,00 per sinistro e/o sinistro in serie

Articolo 3	**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, La Società, presta l'Assicurazione fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e nella Scheda di Copertura, nella forma *"claims made"* enunciata all'Articolo 1 e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL,
- azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria in conseguenza di danni erariali nei casi previsti dalla legge,
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato,

Tutto quanto sopra riportato a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicate richieste di risarcimento.

- L'assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile dell'Assicurato per danni cagionati a terzi in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimite per sinistro di € 1.000.000.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non si a riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico dell'Azienda Sanitaria ad esclusione di quanto previsto al quinto capoverso di cui sopra.

Articolo 4	**SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE**

In caso di sinistro per il quale è operativa l'Assicurazione, la Società assume fino al termine di tutti i gradi del giudizio la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. La Società risponde in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali così sostenute.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 5	**NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"**

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione :

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

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

Articolo 6	**LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Azienda Sanitaria, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano. La Società pertanto non è obbligata per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso Aziende Sanitarie~~,~~ se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore esclusivamente di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 8	**ESCLUSIONI**

8.1 Premesso che questa è un'**assicurazione nella forma** "***claims made***", quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi:

a. La richiesta di risarcimento come precedentemente definita, che pervenga in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;

b. le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio dell'Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori, che si siano concretizzate con una richiesta di risarcimento già

pervenuta all'Assicurato e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti;

c. le richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura (condizione applicabile se è apposta variante alla retroattività illimitata)

8.2 Sono parimenti esclusi:

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

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

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

d) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;

e) i danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici, diagnostici o di sperimentazione di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;

f) i danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

g) i danni derivanti da ingiuria o diffamazione;

h) i danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;

i) le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare *(punitive or exemplary damages)*;

j) i danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;

k) perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

l) i danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

m) le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;

n) i danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche, terapeutiche e di sperimentazione;

o) i danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;

p) i danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali privati diversi da quello ordinario esistente tra Operatore Sanitario, Medico e Paziente;

q) le perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte.

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponde, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

Se prima o durante il Periodo di Assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato è venuta a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione (come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa connessa all'espletamento delle sue attività professionali), l'attività già svolta dall'Assicurato, entro i termini di retroattività convenuti, continua ad essere coperta fino al termine dell'annualità in corso e per i suoi successivi rinnovi se i premi sono stati pagati alle rispettive scadenze.

Al termine dell'Assicurazione, nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili, con le medesime modalità di adesione alla Polizza convenzione e previo il pagamento di un premio aggiuntivo secondo quanto indicato dalla tariffa in vigore a tale momento corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'assicurato la facoltà di acquistare un ulteriore copertura assicurativa per la durata di 5 anni a copertura delle Richieste di Risarcimento portate per iscritto a conoscenza dell'Assicurato durante tale periodo purché conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il tempo dell'Assicurazione, ivi incluso anche il periodo di retroattività previsto in polizza.

Valgono le modalità previste dall'Art. 1 Garanzia Retroattiva illimitata

Articolo 11	VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto alla Società.
Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuizione) nè limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Articolo 12	PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato della Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, entro i 60 giorni successivi altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Il Certificato di Assicurazione ha durata annuale dalla data di perfezionamento senza tacito rinnovo. E' facoltà della parti riaccendere il contratto successivamente alla

scadenza naturale con le medesime modalità previste dalla Polizza Convenzione sottoscrivendo il modulo di adesione all'uopo predisposto.

Articolo 13	ONERI FISCALI

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

Articolo 14	**MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE – RESCINDIBILITÀ ANNUALE**

Il Certificato Scheda di Copertura cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le definizione di polizza "richiesta di risarcimento" "sinistri", l'Assicurato è tenuto a denunciare, anche per il tramite del broker, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

a. richiesta di risarcimento in via di rivalsa da parte dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave;
b. richiesta di risarcimento in via di surrogazione da parte della Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria con addebito di colpa grave
c. invito a dedurre o citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti.

La sola segnalazione inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine a sinistri rientranti nella copertura assicurativa di polizza non determina l'obbligo di denuncia di sinistro; parimenti l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non determina l'obbligo di denuncia di sinistro.

La denuncia di sinistro deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nominativo dei pazienti danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società.

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 17	CE RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che la Società possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni. Nel caso di recesso da parte della Società, questa, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.
La Società rinuncia ad intimare il recesso per sinistro nei confronti del personale in quiescenza nonché del personale a tale data ancora attivo presso le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere dell'Area Vasta Emilia Centrale.

Articolo 18	SURROGAZIONE

La Società è surrogata, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 19	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Società.

Articolo 20	CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione del presente Certificato l'Assicurato conferisce al Broker indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

a. Ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta all'Assicurato;
b. Ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker.

Articolo 21	**NORME DI LEGGE**

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto

sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Articolo 22	MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA CONVENZIONE

Per l'adesione alla presente Convenzione la Società si obbliga a rendere disponibile un programma accessibile agli Assicurati tramite web o in alternativa può avvalersi di apposito programma messo a disposizione del broker.
L'accesso a tale programma l'inserimento dei dati necessari all'individuazione degli Assicurati, all'emissione delle polizze ed il pagamento del premio dovranno essere interamente supportati dal programma informatico senza necessità di intervento da parte del personale delle Aziende Sanitarie.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nel certificato ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio , nei termini dovuti.
Ciascun contraente dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione (vedi allegato A) e corrispondere l'importo dovuto.
In tale caso l'assicurazione decorrerà:

a) dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 30 giorni dalla data di registrazione,
b) per i successivi rinnovi con applicazione di una mora di 30 giorni.

Limitatamente alla prima adesione contestualmente alla decorrenza della Convenzione i termini di cui sopra si intendono così prorogati:

- per la registrazione dell'adesione nell'apposito sito internet è concessa una mora di 60 giorni dalla decorrenza della Convenzione fermo restando il termine per il pagamento del premio entro 30 giorni dalla data di registrazione.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente alla Società senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.
In occasione dell'eventuale rinnovo l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status e pagare il relativo premio.
Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Aziende Sanitarie diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.
Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

Articolo 23	PREMIO

Il premio annuo procapite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo imposte, governative incluse, per qualifica come qui di seguito indicato:

Qualifica dell'assicurato	Massimale 5.000.000

Personale del ruolo sanitario	
Direttore Sanitario e Sociale	
Dirigente Medico, Medico Veterinario e Medico Universitario	
Dirigente Sanitario non Medico	
Quadri (categoria D e DS)	
Altro personale sanitario (infermieri di base etc.)	
Componenti del Comitato Etico	
Personale sanitario convenzionato	
Medici Specialisti in formazione	
Personale del ruolo amministrativo, tecnico e professionale	
Direttore Generale	
Direttore Amministrativo	
Dirigenti Amministrativi, Professionali e Tecnici	
Quadri	
Personale Amministrativo non Dirigente	
Personale Tecnico non Dirigente (veri tecnici)	
Personale Tecnico (categoria OTA OSS)	

Essendo facoltà degli assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno mantenendo ferma la scadenza del 31/12 di ogni anno, si conviene di calcolare il premio in ragione di un rateo giornaliero in trecentosessantacinquesimi.

Articolo 24 — DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma del Certificato Scheda di copertura l'Assicurato dichiara :

24.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;

24.2 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la struttura sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.

24.3 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai i rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

Articolo 25 — RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell’Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell’Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile