

SCHEDA DI COPERTURA

POLIZZA N. 1/2725/65/180539800/10

1. Assicuratori:

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.

2. Sottoscrittore della convenzione/contraente:

Federazione Nazionale FP CGIL

Federazione Nazionale NIdiL CGIL (aderente)

3. Durata della Convenzione:

Data di effetto: 20/04/2024

Data di scadenza: 20/04/2025

4. Assicurato:

I singoli Iscritti (non dirigenti e/o medici) dipendenti appartenenti ad una delle categorie previste agli allegati A-B per le quali li Contraente abbia comunicato il numero di iscritti e corrisposto il relativo premio.

Si precisa che l'attività viene svolta dagli assicurati in qualità di dipendenti di aziende sanitarie private, società, cooperative, associazioni, fondazioni, consorzi ed enti.

5. Massimale per Sinistro/Isritto/Anno Più 25% dei Massimale per i costi di difesa previsti all' art, 1917 Codice Civile;

Assicurati di cui all'allegato A:

1. Massimale per sinistro pari a quanto previsto dall'art. 9 comma 6 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 e successive modifiche e integrazioni;

2. Massimale per Assicurato pari al triplo di quanto previsto dall'art. 9 comma 6 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 e successive modifiche e integrazioni.

Assicurati di cui all'allegato B:

Euro 250.000

6. Massimale per corresponsabilità:

euro 5.000.000,00

7. Retroattività

Assicurati di cui all'allegato A - Retroattività 10 anni

Assicurati di cui all'allegato B - Retroattività 5 anni

8. Franchigia/ Scoperto per sinistro:

non e' applicata alcuna franchigia e/o scoperto

9. Estensione Postuma

Assicurati di cui all'allegato A- Postuma 10 anni

Assicurati di cui all'allegato B - Postuma 2 anni

10. Esclusione fatti e circostanze noti

Si prende atto tra le parti che l'assicurazione non vale per le perdite patrimoniali ed i danni conseguenti a fatti e/o circostanze già note all'Assicurato e/o denunciate prima dell'inizio della presente polizza.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COPERTURA RC COLPA GRAVE
PERSONALE DIPENDENTE COMPARTO SANITA' ISCRITTO FP CGIL
NON DIRIGENTE e NON MEDICO VALIDO PER SOGGETTI DI CUI AGLI
ALLEGATI A E B**

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

Articolo 1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni Indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario privato e/o convenzionato con il SSN anche se alle dipendenze di datore di lavoro privato.

1,3 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, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura 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.

1.4 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali 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 e aziendali.

1.5 di non aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna In qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione.

1.6 di non essere a conoscenza di fatti e circostanze che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione In mora da parte dell'Azienda o Ente di appartenenza, o che potrebbero ragionevolmente darvi luogo, a seguito di formale notizia, segnalazione o anticipazione ricevuta dall'Azienda di appartenenza e/o dalla Corte dei Conti precedentemente alla data di stipula del presente contratto.

1.7 di non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda o Ente di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.

Articolo 2 - 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 a parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa

assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articolo 1892 del Codice Civile)

Articolo 2bis - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DI RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella Scheda di Copertura, Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti e non accertati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

in caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dall'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile.

Articolo 3 -DEFINIZIONI/GLOSSARIO

Le Parti convengono che le definizioni:

Contraente: La FP CGIL NAZIONALE

Assicurato: Il personale dipendente del comparto (non dirigente e non medico), delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie, come da definizione seguente, appartenente ad una delle categorie previste all'allegato A o B ed iscritto FP CGIL

Assicuratori: UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA

Struttura sanitaria e Socio Sanitaria: l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN, le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati, le strutture socio sanitarie e assistenziali,

Danno/Danni: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni ad animali, alla salute o biologici nonché il danno morale, compresi danni ad essi consequenziali

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

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

Periodo di Assicurazione: Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice

Civile, Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.

Periodo di Efficacia: il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale Indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.

Richiesta/sinistro: azione di responsabilità amministrativa presso la Corte dei Conti (compreso l'invito a dedurre) e/o comunicazione con cui l'azienda sanitaria mette in mora l'assicurato per danni e perdite per fatto gravemente colposo nonché la richiesta di Risarcimento per la quale è prestata l'Assicurazione avanzata nei confronti dell'Assicurato, relativa alla comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria Privata o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

Articolo 4 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») RETROATTIVITA'

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1).

Articolo 5 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 4 precedente e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- Azione di rivalsa per colpa grave esercitata nei confronti dell'Esercente la professione sanitaria ai sensi dell'art. 9, comma 6, della legge 24/2017;
- Azione di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, I comma Codice Civile, esperita dalla Società di assicurazione come previsto dall'art. 9, comma 6, della legge 24/2017. È compresa attività intramoenia e primo soccorso per motivi deontologici.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 6 - PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività di cui agli allegati A e B che formano parte integrante del presente contratto.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni (con esclusione di dirigenti e medici) demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture private e pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici).

Articolo 7 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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

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

Articolo 8 - NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a.** li 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 del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Articolo 9 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese del danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere In Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge Italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 10 - ESCLUSIONI

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

a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;

b. le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione.

Configurano fatti e circostanze note: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.

c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura,

10.2 Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

10.2.1 riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività Intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici.

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

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

10.2.4 in relazione a 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;

10.2.5 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 9;

10.2.6 per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato, previsto dalle norme di legge;

10.2.7 per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;

10.2.8 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli Interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

10.2.9 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

10.2.10 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);

10.2.11 relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo.

10.2.12 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

10.2.13 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;

10.2.14 conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

10.2.15 che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;

10.2.16 che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;

10.2.17 derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra assistente socio sanitario o assistenziale e paziente;

10.2.18 che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere sanitario, sociosanitario o assistenziale (escluse attività mediche).

10.2.19 Derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze, o abusi sessuali e similari violazioni di diritti della persona

10.2.20 Derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

10.2.21 Che siano presentate nei confronti di qualsiasi Assicurato in qualsiasi modo riconducibili a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti d'America) , a mero titolo esemplificativa e non esaustivo: Cuba, Iran, Corea del Nord, Myanmar, Sudan, Libia e Siria. Si conviene inoltre che l'assicuratore non sarà tenuto: al pagamento di qualsiasi somma dovuta a qualunque persona fisica o persona giuridica che sia stata dichiarata non idonea a ricevere vantaggi o benefici economici in seguito a embargo o sanzioni previste dall'ONU, dall'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America; oppure: al rimborso di un Assicurato che abbia indennizzato tale persona fisica o persona giuridica.

10.2.22 Riconducibili ad attività svolte da Dirigenti e Medici

Articolo 11 - RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 12 - ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE - PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale, debitamente documentata, dell'assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, l'attività professionale già svolta dall'assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fine alla data di scadenza di tale periodo di assicurazione.

Inoltre con effetto dalla stessa data di scadenza del presente contratto, alle stesse condizioni e per la durata indicata al punto **9** della scheda di copertura, entra in vigore un periodo di garanzia postuma durante il quale l'assicurato può denunciare agli assicuratori sinistri derivanti da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di efficacia.

Gli assicuratori risponderanno fino a concorrenza del massimale convenuto, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti all'intera durata di dieci anni, terminati i quali l'assicurazione cessa definitivamente.

Trascorsi 10 giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli assicuratori e nessun sinistro potrà essere loro denunciato.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini e dalle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza; successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

L'operatività della presente estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi eredi entro 60 giorni dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività;
- che l'assicurato o i suoi eredi si impegnino a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia.

Articolo 13 - VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Fermo restando quanto previsto dall'art. 2bis (Aggravamento e Diminuzione 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 del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'Assicurato presso la struttura sanitaria pubblica come indicata nella Scheda di Copertura, 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 agli Assicuratori.

Articolo 14 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Fermo il premio minimo a deposito, Il Periodo di Assicurazione ha Inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato agli Assicuratori entro 15 giorni dalla data di effetto della polizza, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. le garanzie saranno valide anche se la seconda semestralità sarà corrisposta entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di decorrenza dell'assicurazione.

Se l'Assicurato non paga i premi 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, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

Articolo 15 - ONERI FISCALI

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

Articolo 16 - RISOLUZIONE

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga

Articolo 17 - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI - SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

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

Articolo 18 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

E' fatto obbligo all'assicurato denunciare, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto:

- Formale messa in mora dell'Azienda di appartenenza o dell'assicuratore dell'Azienda sanitaria

- Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o procedimento civile promosso contro l'assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituiscono un sinistro ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta all'agenzia Unipolsai assicurazioni di Roma 2725 che gestisce il presente contratto allegando tessera d'iscrizione alla FP CGIL o copia della busta paga e segnalando il tipo di contratto di lavoro che si ha in essere.

L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di Sinistro può comportare la perdita del diritto all'indennità ovvero la riduzione dell'indennizzo liquidabile secondo quanto previsto dall'art. 1915 c.c. .

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 19 - FACOLTÀ DI 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 gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Articolo 20 - SURROGAZIONE

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

responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 21 - 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 dal Contraente e dall'Assicuratore.

Articolo 22 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE AMICHEVOLE

Ai sensi e per gli effetti della legge 9 agosto 2013, n. 98, di conversione con modificazioni del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, è entrato in vigore, con decorrenza dal 20 settembre 2013, l'obbligo della conciliazione, ovvero il procedimento di mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in materia di controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria (compreso quella inerente il personale sanitario non medico), di risarcimento del danno derivante da diffamazione a mezzo stampa o con altri mezzi di pubblicità, di contratti bancari e finanziari.

Essendo tutte queste parti obbligate a costituirsi nel procedimento di mediazione, le relative decisioni saranno vincolanti anche nei loro confronti. Per quanto concerne la materia dei contratti assicurativi, l'obbligo di mediazione si estende alle sole controversie che s'instaurano direttamente tra Assicurato ed Assicuratore in ordine all'operatività della garanzia assicurativa.

Sono invece escluse dall'obbligo tutte le liti in cui l'Assicurato è citato in giudizio dal Danneggiato e la Compagnia viene chiamata in garanzia, con l'eccezione delle controversie in materia sanitaria suddette.

Il Soggetto che intenda accedere alla mediazione, dovrà rivolgersi a un organismo di mediazione autorizzato e registrato presso il Ministero della Giustizia che, a sua volta, incaricherà un mediatore (parimenti autorizzato) di eseguire il tentativo di conciliazione.

Articolo 23 - 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 24 - DISCIPLINA DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE

Per l'adesione alla presente polizza convenzione è previsto che il contraente provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come in scheda di polizza. L'Assicurazione si Intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nei certificato alla sola condizione che il contraente risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti. E' facoltà del contraente corrispondere il premio di polizza in due rate semestrali: le due rate di premio semestrali o il premio di rinnovo potranno essere corrisposti entro 30 giorni dalla data di decorrenza del nuovo periodo di assicurazione.

Articolo 25 - DOCUMENTAZIONE PER GLI ASSICURATI

Il Contraente si obbliga a mettere a disposizione degli assicurati tramite il proprio sito on line il set Informativo ed in particolare le presenti Condizioni di assicurazione.

Articolo 26 - MASSIMALE

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati al punto **5** della scheda di copertura.

Articolo 27 - CORRESPONSABILITÀ

Resta convenuto che, nel caso di corresponsabilità di più soggetti Assicurati nella determinazione di un medesimo Sinistro, gli Assicuratori per tale Sinistro sono obbligati sino ad un massimo di Euro 5.000.000,00 (cinque milioni di Euro) complessivamente fra tutti gli Assicurati, come indicato nella Scheda di Copertura al punto 8.

ALLEGATO A

Personale sanitario soggetto alla Legge 24/2017 (Legge Gelli):

- -Quadri Caposala e Coordinatori sanitari
- -Infermiere generico e infermiere psichiatrico
- -Massaggiatore con varie denominazioni e Massofisioterapista
- -Odontotecnico
- -Ottico
- -Professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e tecniche della prevenzione
- -Puericultrice
- -Ricercatore IRCCS o IZS o Aziende sanitarie, appartenente a professioni sanitarie

ALLEGATO B

Altro personale non sanitario, non soggetto alle Legge 24/2017 (Legge Gelli):

- -Ausiliario socio sanitario
- -Autista ambulanza o autista soccorritore
- -Operatore socio sanitario
- -OTA-OSA-ADEST-ASA- Operatore assistenza domiciliare
- -Personale dell'assistenza sociale
- -Personale educativo e socio educativo (educatori non sanitari e animatori, con varie denominazioni locali) dei servizi sanitari e socio sanitari