

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario.....	- 3 -
Che cosa è assicurato?	- 5 -
Informazioni sull'Assicurazione.....	- 5 -
Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività	- 5 -
Articolo 2 - Massimale.....	- 5 -
Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione	- 5 -
3.1 Responsabilità Civile.....	- 5 -
3.2 Responsabilità Civile per colpa grave	- 5 -
Articolo 4 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività	- 5 -
Articolo 5 - Precisazione sui rischi assicurati.....	- 5 -
Che cosa NON è assicurato?	- 6 -
Articolo 6 - Esclusioni.....	- 6 -
6.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione.....	- 6 -
6.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione.....	- 6 -
Articolo 7 - Persone non considerate Terzi.....	- 6 -
Ci sono limiti di copertura?	- 6 -
Articolo 8 - Responsabilità solidale.....	- 6 -
Dove vale la copertura?.....	- 6 -
Articolo 9 - Limiti territoriali.....	- 6 -
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro	- 7 -
Articolo 10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza	- 7 -
Articolo 11 - Gestione delle vertenze e spese legali	- 7 -
Articolo 12 - Coesistenza di altre assicurazioni	- 7 -
Quando e come devo pagare?	- 7 -
Articolo 13 - Determinazione del Premio pro capite.....	- 7 -
Articolo 14 - Pagamento del premio	- 7 -
Quando comincia la copertura e quando finisce?	- 8 -
Articolo 15 - Durata della Polizza	- 8 -
Recesso e risoluzione	- 8 -
Articolo 16 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro	- 8 -
Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie.....	- 8 -
Articolo 17 - Arbitrato	- 8 -
Altre Disposizioni Contrattuali.....	- 8 -
Articolo 18 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti.....	- 8 -
Articolo 19 - Variazioni del rischio	- 8 -
Articolo 20 - Oneri fiscali	- 8 -
Articolo 21 - Surrogazione.....	- 9 -
Articolo 22 - Forma delle comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione	- 9 -

Articolo 23 - Gestione della Polizza.....	- 9 -
Articolo 24 - Foro competente	- 9 -
Articolo 25 - Rinvio alle norme di legge	- 9 -
Condizioni del Contratto	- 10 -

Glossario

Le Parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Assicurato	L'Ortottista – assistente di oftalmologia iscritto ad ASMOOI - Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani, che abbia aderito alla presente Polizza per il tramite del Contraente.
Attività Professionale	L'attività sanitaria non medica di Ortottista.
Contraente	Associazione Sindacale Medici Oculisti e Oftalmologi (ASMOOI).
Cose	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
Circostanza/Circostanze	<p>Fatti e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) che potrebbero determinare in futuro o abbiano, anche in parte, già determinato Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, e che siano stati in ogni modo portati a conoscenza dall'Assicurato. Non è considerata Circostanza la relazione tecnica richiesta dalla Direzione Sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa richiesta della Direzione l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una richiesta danni relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto.</p> <p>Per la sola garanzia di colpa grave, la segnalazione, inviata all'Assicurato dall'Azienda Sanitaria, di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni e o segnalazioni scritte di Terzi.</p>
Danno/Danni	il pregiudizio conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali), nonché i danni ad essi conseguenti.
Data di Continuità Assicurativa	<p>La data meno recente tra:</p> <ul style="list-style-type: none">• la data di adesione dell'Assicurato alla presente Polizza;• la data di adesione dell'Assicurato ad analoga copertura assicurativa purché la stessa sia stata stipulata con la Società o con altre imprese di assicurazione appartenenti al medesimo Gruppo Assicurativo della Società e ci sia continuità di copertura tra la data di scadenza di tale precedente copertura assicurativa e la data di adesione alla presente Polizza.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Intermediario	AON S.p.A. - Via Calindri 6, 20143 Milano - al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza.
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 pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a Cose.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di Decorrenza e la Data di Scadenza indicata nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo della Polizza medesima. Ad ogni scadenza inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile.
Periodo di Retroattività	Il periodo temporale antecedente la data di prima adesione alla presente Polizza, nel quale devono essere accaduti i fatti che hanno generato la Richiesta di Risarcimento. In questo caso tale periodo è illimitato.
Polizza	il presente documento contrattuale che disciplina i rapporti assicurativi tra Società, Contraente ed Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Richiesta di Risarcimento	Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, è portata per iscritto a conoscenza dell'Assicurato (elencazione non tassativa od esaustiva):

- La comunicazione scritta (escluse la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;
- La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- l'azione giudiziaria comunque promossa contro l'Assicurato, anche ex artt. 696 e 696 bis c.p.c., in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- La notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- La ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs 28/2010;
- l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti;
- la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua Impresa di Assicurazione manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave.

Scheda di Polizza

Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.

Sinistro

La Richiesta di Risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Società

l'Impresa di assicurazione AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici n. 14 – 20121 Milano.

Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente Assicurazione prestata nella forma **Claims Made** è rivolta agli Ortottisti – assistenti di oftalmologia iscritti ad ASMOOI e in regola con il pagamento dei contributi sindacali nei termini dovuti, che svolgono attività sanitaria e/o sociosanitaria non medica alla quale l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, regolarmente iscritti al rispettivo Albo professionale.

L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato dei danni causati a terzi nello svolgimento dell'attività sanitaria e/o sociosanitaria non medica nonché, entro i limiti di legge, delle eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di risarcimento.

Articolo 1 - Forma dell'assicurazione e Periodo di Retroattività

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made" ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, ancorché siano state originate da comportamenti colposi posti in essere in epoca precedente la data di Continuità Assicurativa.

Articolo 2 - Massimale

L'assicurazione è prestata per ciascun Periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato, fino alla concorrenza del Massimale di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00).

Articolo 3 - Oggetto dell'assicurazione

3.1 Responsabilità Civile

In relazione alla responsabilità Civile la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a Terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'Attività Professionale dichiarata in Polizza.

La Società risponde:

- a. dei Danni cagionati a Terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'Attività Professionale predetta;
- b. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dalla struttura, clinica o istituto - non facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale - a cui l'Assicurato presta la propria opera, o esperite dal suo Assicuratore, ritenendolo personalmente responsabile di Danni arrecati a Terzi;
- c. delle eventuali azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

L'assicurazione comprende altresì:

- d. i Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici anche se tali interventi non sono connessi alla Attività Professionale dichiarata.

3.2 Responsabilità Civile per colpa grave

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'Attività Professionale svolta dall'Assicurato in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività intramoenia) la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto per il quale l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

Articolo 4 - Cessazione dell'Attività Professionale - Ultrattività

Se durante il Periodo di Assicurazione l'Attività Professionale dell'Assicurato viene a cessare definitivamente per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (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), le Richieste di Risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi non prima dei 10 (dieci) anni antecedenti alla decorrenza della Polizza, restano coperte alle condizioni di assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione nonché per ulteriori 10 (dieci) anni. Il Massimale assicurato in tale Periodo di Assicurazione rappresenta la massima esposizione della Società per l'intero periodo di Ultrattività, indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato.

L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione al Contraente della sopravvenuta cessazione dell'Attività Professionale entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione ed è tenuto a corrispondere personalmente la regolazione del Premio dovuto a fronte di tale evenienza pari al 300% del Premio annuo pro-capite.

La presente estensione di Ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun Recesso da parte della Società e in caso di morte dell'Assicurato si intende estesa agli eredi stessi.

Articolo 5 - Precisazione sui rischi assicurati

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle Attività Professionali connesse alla qualifica dell'Assicurato dichiarata in polizza.

Che cosa NON è assicurato?

Articolo 6 - Esclusioni

6.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione

Premesso che questa è una assicurazione "Claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse dalla presente assicurazione:

- le Richieste di Risarcimento come precedentemente definite che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, fatte salve le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti a quanto disposto dal successivo Articolo 16 relativamente alla denuncia delle Circostanze;
- le Richieste di Risarcimento e/o le Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della Data di Continuità Assicurativa;
- le Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti ad azioni giudiziarie civili promosse contro l'Assicurato antecedentemente alla Data di Continuità Assicurativa.

6.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono parimenti esclusi i Danni:

1. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
2. conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi 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;
3. derivanti da somministrazione o prescrizione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
4. derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
5. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali;
6. alle Cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
7. da furto o da danneggiamenti a Cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
8. 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;
9. 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 svolte dall'Azienda Sanitaria;
10. le Perdite Patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale aziendale e non propriamente attinenti all'Attività Professionale sanitaria che abbia causato un Danno;
11. derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196 del 2003 e successive modifiche e integrazioni (Codice Privacy);
12. per Danni che siano conseguenze dell'inottemperanza a quanto previsto dal capo IV - Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia Medica;
13. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
14. per Perdite Patrimoniali derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
15. per Danni connessi a atti di guerra e/o terrorismo;
16. avanzate da persone, entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.

Articolo 7 - Persone non considerate Terzi

Non sono considerati Terzi il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive.

Ci sono limiti di copertura?

Articolo 8 - Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'assicurato stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ex artt. 1298 e/o 2055 C.C.

La Società non risponde, nemmeno in via provvisoria, della quota di pertinenza di terzi.

Dove vale la copertura?

Articolo 9 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, in quanto trovandosi l'Assicurato in tali Paesi su incarico dell'Azienda Sanitaria, ad esclusione degli 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. La Società pertanto non è obbligata per Richieste di Risarcimento

fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro

Articolo 10 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza

L'Assicurato è tenuto a denunciare in forma scritta, anche per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

E' condizione necessaria per l'operatività della Polizza che ogni Sinistro che interessi o che potenzialmente possa interessare la presente Polizza, sia denunciato entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza a AmTrust Assicurazioni – Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20121 Milano rcprofessionale@amtrustgroup.com, sinistriamtrust@pec.it che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

La denuncia di Sinistro, Richiesta di Risarcimento 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 incluso quanto previsto dal secondo comma dell'Articolo 15 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli atti giudiziari relativi alla Richiesta di Risarcimento, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

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

Per i soli casi di Richieste di Risarcimento connesse all'Attività Professionale svolta dall'Assicurato nella Sua qualità di dipendente di Struttura, Clinica o Istituto facente capo il Sistema Sanitario Nazionale e legato alla sola RC colpa grave:

- a) le Richieste di Risarcimento per cui abbia ricevuto in forma certa:
 - o la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la sua Impresa di Assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuiti a colpa grave;
 - o l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti.
- b) le Circostanze per cui abbia ricevuto in forma certa la segnalazione dall'Azienda Sanitaria di aver inoltrato informazione alla Corte dei Conti in ordine ad eventuali Danni.
Eventuali future Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti alle Circostanze regolarmente notificate alla Società nei termini e nelle modalità previste dal presente articolo di Polizza, saranno trattate a tutti gli effetti come Sinistri verificatisi nel Periodo di Assicurazione di notifica della Circostanza.

Articolo 11 - Gestione delle vertenze e spese legali

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e/o tecnici e/o consulenti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento / Sinistro, in aggiunta al Massimale, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

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

Articolo 12 - Coesistenza di altre assicurazioni

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Quando e come devo pagare?

Articolo 13 - Determinazione del Premio pro capite

Il Premio annuo lordo pro capite dovuto per la copertura assicurativa dell'Attività Professionale di Ortottista svolta da ciascun Assicurato sarà pari ad Euro 40,00 (quaranta).

Nel caso in cui la data di decorrenza della garanzia non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il Premio dovuto è pari al 100% del Premio annuo qualora il Periodo di Assicurazione sia uguale o maggiore di mesi 6 (sei) e pari al 50% del Premio annuo nel caso in cui il Periodo di Assicurazione sia minore a mesi 6 (sei).

Articolo 14 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

L'assicurazione, nei confronti dei nuovi soci della ASMOOI iscritti successivamente alla definizione ed efficacia della polizza, è operativa dalle ore 24.00 del giorno in cui viene effettuata la comunicazione della nuova iscrizione al Broker od alla Società fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del premio in sede di regolazione.

Per l'adesione alla presente Polizza il Contraente, o suo incaricato, mette a disposizione degli Assicurati una procedura attraverso la quale il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per la protezione dei dati personali (privacy).

Qualora fosse accordato un frazionamento del premio, resta inteso che il premio convenuto è annuo ed indivisibile per cui interamente dovuto alla Società anche in caso di risoluzione anticipata del contratto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 15 - Durata della Polizza

La Polizza ha durata dalle ore 24:00 del 31/12/2020 alle ore 24:00 del 31/12/2021 e in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC, Raccomandata a mano, fax o e-mail) spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per un anno.

Recesso e risoluzione

Articolo 16 - 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 il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 90 (novanta) giorni.

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di Premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

Sistemi convenzionali di risoluzione delle controversie

Articolo 17 - Arbitrato

La Polizza non prevede il ricorso all'arbitrato, pertanto le Parti sono legittimate a procedere giudizialmente fatti salvi gli ordinari mezzi di conciliazione previsti dall'ordinamento.

Altre Disposizioni Contrattuali

Articolo 18 - Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente, dall'Assicurato o da qualsivoglia soggetto legittimato a ricevere la prestazione, in sede sia di conclusione del contratto che in ogni Circo stanza successiva, possono compromettere l'operatività della copertura ed il diritto alla prestazione assicurativa (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

Articolo 19 - Variazioni del rischio

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione del Rischio (Art. 1897 Codice Civile) o un aggravamento del Rischio (Art. 1898 Codice Civile) 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 dell'Attività Professionale dell'Assicurato verso una qualifica assicurabile con la presente Polizza, ma con un differente ammontare di Premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione nè limitazione fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo restando l'obbligo di provvedere alla tempestiva comunicazione alla Società e, con effetto dalla prima scadenza utile, all'aggiornamento dell'eventuale maggior Premio assicurativo dovuto (art. 1898 Codice Civile). Nel caso in cui le nuove mansioni non siano riconducibili ad una qualifica assicurabile, l'assicurazione non sarà operante per detta nuove mansioni, ma l'assicurazione proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione per eventuali Danni conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento delle precedenti Attività Professionali assicurate.

In caso di riduzione o aggravamento del Rischio, il Contraente o l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Società, ai sensi degli artt. 1897 e 1898 c.c. entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione del Rischio. In particolare, gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione. La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di Circo stanze aggravanti il Rischio non comporteranno ipso facto la decadenza del diritto di Indennizzo, sempreché tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di Premio corrispondente al maggior Rischio a decorrere dal momento in cui la Circo stanza si è verificata. Nel caso di diminuzione del Rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art.1897 c.c.

Articolo 20 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 21 - 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.

Articolo 22 - Forma delle comunicazioni - Modifiche dell'Assicurazione

Ogni comunicazione inerente alla Polizza deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di Polizza deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dalla Società.

I riferimenti della Società sono i seguenti:

AmTrust Assicurazioni S.p.A. : Via Clerici, 14 - 20121, Milano

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: milan@amtrustgroup.com;

PEC: amtrustsuccursaleitalia@legalmail.it

Sito Internet: www.amtrust.it

Articolo 23 - Gestione della Polizza

Con la sottoscrizione della presente Polizza il Contraente, anche per conto degli Assicurati, conferisce all'Intermediario il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

a) ogni comunicazione fatta all'Intermediario dalla Società sarà considerata come fatta al Contraente e/o all'Assicurato;

b) ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente e/o all'Assicurato.

La Società accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite l'Intermediario, pertanto il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Società, ai sensi dell'Art. 118 del D.lgs 209/2005.

Articolo 24 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di residenza o sede del convenuto.

Articolo 25 - Rinvio alle norme di legge

Per l'interpretazione della presente Polizza e per tutto quanto non espressamente previsto o regolato dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti, valgono le norme di legge.

Condizioni del Contratto

I. Oggetto del Contratto

Con il presente contratto ASMOOI – Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani, di seguito Contraente, stipula una Polizza collettiva con l'assicuratore AmTrust Assicurazioni S.p.A., di seguito Società, avente per oggetto la garanzia di Responsabilità Civile Professionale, disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.

La presente Polizza collettiva è stipulata per conto di ciascun Ortottista, assistente di oftalmologia iscritto ad ASMOOI – Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani, dipendente di aziende sanitarie e/o libero professionista che svolge l'Attività Professionale indicata in Polizza.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli Assicurati e la Società sarà regolato dal presente Contratto di seguito Polizza.

Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alla garanzia prestata con la presente Polizza, risponderà unicamente alla Società la quale potrà opporre agli Assicurati tutte le eccezioni che potrebbe opporre al Contraente in forza della Polizza.

II. Documentazione per gli Assicurati

In sede di illustrazione della Proposta di assicurazione, il Contraente si obbliga a consegnare a ciascun potenziale Assicurato le Condizioni di Assicurazione.

Nella stessa sede, il Contraente si obbliga a consegnare Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Testo Unico sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e GDPR n. 679/2016).

Il mancato adempimento di tali obblighi comporterà responsabilità diretta del Contraente, che sosterrà oneri ed eventuali spese accessorie in caso di reclami, contenziosi ed indennizzi che dovessero essere corrisposti.

III. Premio e Regolazione

Il premio minimo comunque acquisito, comprensivo delle imposte governative, è determinato dall'applicazione del premio annuo pro-capite di € 40,00, al numero preventivo degli Assicurati previsti in 198 (centonovantotto) unità.

Alla decorrenza della Polizza il Contraente si impegna a trasmettere alla Società, anche a mezzo dell'Intermediario incaricato, l'elenco degli Assicurati contenente i dati identificativi stabiliti. Tale elenco verrà allegato alla presente Polizza.

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società, anche a mezzo dell'Intermediario incaricato, entro il 15° (quindicesimo) giorno di ciascun mese l'elenco degli Assicurati aggiornato con le nuove adesioni raccolte nel mese precedente, contenente i dati identificativi dell'Assicurato e la data di decorrenza della garanzia.

Entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun Periodo di Assicurazione, il Contraente dovrà inviare un elenco riepilogativo delle adesioni ricevute in corso d'anno. L'elenco dovrà inoltre contenere l'indicazione degli Assicurati che hanno cessato definitivamente l'Attività Professionale nel corso del Periodo di Assicurazione e che provvedono pertanto a pagare personalmente il Premio di Ultrattività.

Successivamente la Società provvederà sulla base dei dati comunicati all'emissione di apposita Appendice di Regolazione, il cui premio dovrà essere pagato dalla Contraente nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione di tale documento.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione del dato di regolazione od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissare un ulteriore termine. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria viene considerato in conto e/o a garanzia di quello relativo al Periodo di Assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione e l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, fino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi. Resta salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

VI. Durata del Contratto

La Polizza ha durata dalle ore 24:00 del 31/12/2020 alle ore 24:00 del 31/12/2021 e in mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC, Raccomandata a mano, fax o e-mail) spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per un anno.