

CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE MEDICO DENTISTA, ODONTOTECNICO, IGIENISTA DENTALE

IL PRESENTE SET INFORMATIVO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO.

SET INFORMATIVO_DENTISTI_072024
(PI_DENTISTI_072024)

Assicurazione della responsabilità civile professionale



Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Assicuratore: Tokio Marine Europe, S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (nome commerciale Tokio Marine HCC)

Prodotto: RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DENTISTI/ODONTOTECNICI/IGIENISTI DENTALI

Questa assicurazione è sottoscritta da Tokio Marine Europe S.A., società parte del Gruppo Tokio Marine HCC. Tokio Marine Europe S.A. è autorizzata dal Ministro delle Finanze del Lussemburgo e regolamentata dal "Commissariat aux Assurances (CAA)" e iscritta nel "Registre de commerce et des sociétés, Luxembourg" con il numero B221975 e con sede legale a 26, Avenue de la Liberté, L-1930, Lussemburgo. Partita IVA Lussemburgo: LU30347978. Tokio Marine Europe S.A. opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta nell'Elenco in appendice all'Albo delle imprese tenuto da IVASS, con il n. I.00152. Opera attraverso la sua Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta come Tokio Marine Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Largo Toscanini Arturo, 1, 20122 Milano, Italia. Codice fiscale, Partita IVA e n. d'iscrizione presso il Registro delle Imprese di Milano n.10538810960 e n. REA 2540339. PEC: tokiomarineeurope@legallmail.it

ULTIMO AGGIORNAMENTO 01/03/2020

La seguente sintesi non contiene tutti i termini e le condizioni del contratto che si trovano nella documentazione di polizza.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi nello svolgimento dell'Attività di DENTISTA, ODONTOTECNICO, IGIENISTA DENTALE LIBERO PROFESSIONISTA assicurata in polizza con formula claims made.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Le attività coperte sono tutte quelle consentite dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione di DENTISTA, ODONTOTECNICO, IGIENISTA DENTALE LIBERO PROFESSIONISTA, che vengono dichiarate nel questionario, tranne quanto espressamente escluso dalle condizioni di polizza.

SI RITENGONO SEMPRE IN COPERTURA LE SEGUENTI GARANZIE:

azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222, infortuni di dipendenti nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124, danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici, colpa grave.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia alle condizioni di polizza.

- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia copre 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.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale, sottolimito).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Danni derivanti da dolo e frode dell'Assicurato.
- ✗ Attività diversa da quella/e indicata/e nel questionario/modulo di proposta.
- ✗ Danni derivanti da inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo.
- ✗ per tutte le obbligazioni di natura fiscale, per contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni esemplari o danni multipli inflitti direttamente all'Assicurato.
- ✗ Danni causati da guerra, terrorismo ed eventi naturali.
- ✗ Danni causati da furto, incendio, esplosione, scoppio, radiazioni.
- ✗ Danni derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori.
- ✗ Danni derivanti da ingiuria, diffamazione e violazione dell'obbligo del segreto professionale.
- ✗ Danni derivanti da muffa tossica o amianto.
- ✗ Procedimenti penali.

In nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si esponano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia alle condizioni di polizza.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Gli Assicuratori risarciscono i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale, sottolimito).
- ! Franchigie e scoperti restano a carico dell'Assicurato.
- ! Gli assicuratori hanno diritto a recuperare dall'Assicurato le somme pagate ai terzi danneggiati (rivalsa) principalmente in caso di per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti.
- ! Gli Assicuratori non rispondono per richieste di risarcimento derivanti da: circostanze già note all'Assicurato prima della decorrenza di polizza; fatti commessi prima della data di retroattività; attività abusive o non consentite e attività svolte senza le autorizzazioni e requisiti richiesti dalle competenti Autorità o dalle leggi vigenti; avanzate da qualsiasi soggetto non considerato terzo o che abbia una partecipazione diretta o indiretta dell'Assicurato salvo il caso in cui tali Richieste siano originate da terzi; rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Dentista, Odontotecnico, Igienista dentale e paziente; proprietà, possesso, 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; cyber liability; attività di implantologia (salvo se espressamente concessa in scheda di copertura).

Per l'elenco completo delle limitazioni si rinvia alle condizioni di polizza.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale per i rischi ubicati in Italia, con estensione territoriale all'Italia o all'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di compilare il questionario con dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della compagnia, del diritto di rivalsa totale o parziale nei tuoi confronti per i danni pagati ai terzi danneggiati.
- Comunicare l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- Comunicare l'eventuale cessazione del rischio.
- Pagare il premio di polizza.
- Denunciare l'eventuale sinistro nelle modalità e nei tempi indicati nelle condizioni di polizza.



Quando e come devo pagare?

Pagamento a Underwriting Insurance Agency Srl o all'intermediario autorizzato:

Il premio è da pagare ad Underwriting Insurance Agency Srl. Il pagamento all'intermediario indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale intermediario abbia ricevuto idonea autorizzazione da Underwriting Insurance Agency Srl.

Il pagamento può avvenire con Bonifico bancario, Assegno non trasferibile, Contanti, secondo i limiti imposti dalle vigenti disposizioni di legge e successive modifiche.

Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza concordata ed indicato in polizza. In caso di frazionamento semestrale le rate vanno pagate alle scadenze semestrali stabilite.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

A seguito del pagamento del premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza e cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24 del giorno indicato in polizza. Non è previsto periodo di mora.



Come posso disdire la polizza?

È previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata A/R a Uia Srl - Corso Sempione, 61 - 20149 Milano (MI) o posta certificate a underwritinginsuranceagency srl@pec.it inviata con preavviso di almeno 60 giorni prima della data della scadenza annuale.

Assicurazione della responsabilità civile professionale



Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Assicuratore: Tokio Marine Europe, S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (nome commerciale Tokio Marine HCC)

Prodotto: RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEL DENTISTA/DENTISTA NEOLAUREATO/ODONTOTECNICO/ IGENISTA DENTALE

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 072024

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Questa assicurazione è sottoscritta da Tokio Marine Europe S.A., società parte del Gruppo Tokio Marine HCC. Tokio Marine Europe S.A. autorizzata dal Ministro delle Finanze del Lussemburgo e regolamentato dal "Commissariat aux Assurances (CAA)" e iscritta nel "Registre de commerce et des sociétés, Luxembourg" con il numero B221975 e con sede legale a 26, Avenue de la Liberté, L-1930, Lussemburgo. Capitale sociale 1.159.060 USD. Partita IVA Lussemburgo: LU30347978. Tokio Marine Europe S.A. opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta nell'Elenco in appendice all'Albo delle imprese tenuto da IVASS, con il n. I.00152. Opera attraverso la sua Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta come Tokio Marine Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Largo Toscanini Arturo 1 20122 Milano, Italia. Codice fiscale, Partita IVA e n. d'iscrizione presso il Registro delle Imprese di Milano n.10538810960 e n. REA 2540339. PEC: tokiomarineeurope@legalmail.it Il sito internet è: www.tmhcc.com Telefono: +39 02 87387741

In base ai dati riferiti all'ultimo bilancio approvato al 31.12.2022, il patrimonio netto è di Euro 207.625.416 di cui il capitale sociale ammonta a Euro 1.085.540 e il sovrapprezzo azioni ammonta a Euro 216.565.058. Il requisito patrimoniale di solvibilità è pari a Euro 169,3 milioni, il requisito patrimoniale minimo è pari a Euro 42,3 milioni e i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a Euro 207,6 milioni. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al 123%. Si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. Si rinvia alla relazione di solvibilità e alla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet della impresa www.tmhcc.com

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Aumento franchigia

La franchigia può essere aumentata a discrezione dell'assicurato in fase di stipula del contratto.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento

Qualora l'Assicurato cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o cancellazione dall'albo professionale per motivi disciplinari) è possibile richiedere una copertura postuma per 10 anni relativa a fatti verificatisi durante il periodo di assicurazione e comunque non precedenti al periodo di retroattività. In caso di morte dell'Assicurato, la copertura deve essere richiesta dagli eredi.

Estensioni

DIREZIONE SANITARIA - RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA

SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA (D. LGS. 229/99 - EX SERVIZIO 118)

RC CONDUZIONE DELLO STUDIO

FILLER

ESTENSIONE TERRITORIALE UNIONE EUROPEA



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che sono esclusi:

- i sinistri già presentati all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di Assicurazione o denunciati agli Assicuratori dopo la scadenza del periodo di Assicurazione;
- i sinistri in serie;
- i danni che si verifichino 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;
- i danni derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati di telecomunicazioni;
- i danni cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi;
- i danni che derivino da produzione diretta di organismi geneticamente modificati;

la mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato e danni di natura estetica e fisionomica compresi quelli costituiti o determinati da esiti cicatriziali esterni;

-i danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato, se l'Assicurato è soggetto per Legge a far firmare al paziente il consenso informato.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che la franchigia applicata parte da € 500, fatto salvo quanto espressamente indicato nelle condizioni di polizza.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Dentisti, Dentisti Neolaureati, Odontotecnici e/o Igienisti Dentali liberi professionisti nello svolgimento della loro attività professionale.



Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 12% del premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto a:
Tokio Marine Europe, S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
Largo Toscanini Arturo 1
20122, Milano (Italia)
tokiomarineeurope@legalmail.it

I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze. L'Assicuratore, ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

L'Assicuratore manterrà l'Assicurato costantemente aggiornato e questi avrà diritto di conoscere la persona che gestisce il reclamo con la possibilità di contattarla direttamente per qualunque richiesta di chiarimenti o informazioni.

Al termine dell'esame del reclamo, l'Assicuratore informerà l'Assicurato per iscritto della decisione assunta in merito al reclamo spiegando le ragioni alla base della decisione sia nel caso d'accoglimento sia nel caso di rigetto del reclamo

All'IVASS

In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
 via del Quirinale 21 - 00187 Roma
 Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia)
 Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero)
 Fax : +39 06 42133 206
 PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it

	<p>PEC generale dell'IVASS: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p> <p>I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela, copia dell'eventuale reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.</p> <p>In aggiunta, se il reclamante ha domicilio in Italia, è in ogni caso possibile rivolgere reclami all'IVASS richiedendo l'apertura della procedura FIN-NET per le liti transfrontaliere. L'IVASS interesserà l'autorità aderente al sistema FIN-NET dello Stato membro dove la Compagnia di assicurazione ha la sua sede legale (Lussemburgo).</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</p>	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, è possibile presentare direttamente il reclamo al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto, o all'IVASS, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p> <p>Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che può essere consultato sul sito www.ivass.it.</p> <p><u>RISOLUZIONE ONLINE DELLE CONTROVERSIE</u></p> <p>Se avete acquistato questa Polizza di assicurazione online o attraverso un qualunque mezzo elettronico di comunicazione nell'ambito dell'Unione Europea, potete presentare un reclamo attraverso la piattaforma per la risoluzione online delle controversie dell'Unione Europea. Al ricevimento del vostro reclamo, la piattaforma lo trasmetterà direttamente a un organismo locale di risoluzione delle controversie. Questo procedimento è gratuito e realizzato interamente online. Potete accedere alla piattaforma attraverso questo link http://ec.europa.eu/odr</p>
<p>REGIME FISCALE</p>	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>La presente polizza non è fiscalmente detraibile.</p> <p>La tassazione delle prestazioni assicurate ammonta al 22,25%.</p>

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

Polizza di Responsabilità Civile Professionale **MEDICI DENTISTI, DENTISTI NEOLAUREATI, ODONTOTECNICI, IGIENISTI DENTALI**

AVVERTENZA IMPORTANTE

Si noti che tutte le garanzie del contratto di Assicurazione sono prestate nella forma "CLAIMS MADE" e sono operanti per le Richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE IN CORSO riferiti a fatti commessi dopo la data di retroattività e denunciati agli Assicuratori durante il periodo di Assicurazione. Terminato il periodo di Assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta, fatta salva l'applicabilità del Maggior periodo per la notifica delle Richieste di Risarcimento/Postuma.

SEZIONE A

DEFINIZIONI/GLOSSARIO

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assicuratori: Tokio Marine Europe S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia;

Contraente: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e/o di altre persone;

Coverholder: Underwriting Insurance Agency, S.r.l. società iscritta al RUI, autorizzata a stipulare contratti di assicurazione e a emettere la documentazione assicurativa per conto degli Assicuratori;

Atto Illecito:

a) qualsiasi effettivo o presunto atto colposo, infrazione di obblighi, errori, dichiarazioni inesatte, omissioni, compiuti dall'Assicurato e/o da un membro del suo staff e/o collaboratori esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società indicati nel modulo/scheda di copertura;

b) qualsiasi effettivo o presunto atto doloso o fraudolento che provochi una perdita a terzi compiuto da un membro dello staff e/o collaboratori dell'Assicurato esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società indicati nel modulo/scheda di copertura, eccetto nel caso in cui tale atto doloso e fraudolento sia stato condonato da un Assicurato e fatta salva l'Esclusione di dolo dell'Assicurato.

Cose: sia gli oggetti materiali sia gli animali;

Danno corporale: morte o lesioni personali;

Danno materiale: distruzione o deterioramento di cose;

Danno patrimoniale: danno alla sfera patrimoniale di terzi;

Franchigia o Scoperto: importo economico espresso in percentuale o fisso, indicato nel certificato/scheda di copertura, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascuna perdita e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri. Gli Assicuratori pagheranno per ogni perdita, indennizzabile ai termini della presente Polizza, soltanto le somme eccedenti tale ammontare.

Intermediario: Colui che, iscritto al Registro Unico degli Intermediari di Assicurazione, mette a disposizione del pubblico la propria competenza tecnica e svolge stabilmente in forma professionale ed autonoma l'incarico di provvedere, a proprio rischio e spese, con compenso in tutto o in parte a provvigioni, alla gestione ed allo sviluppo degli affari assicurativi.

Massimale: l'ammontare, indicato nel certificato/scheda di copertura che rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per ciascuna perdita ed in aggregato per ciascun periodo di Assicurazione compreso il Maggior periodo per la notifica delle Richieste di risarcimento (se concesso).

A tali ammontari vanno aggiunti i costi e le spese come indicato nelle definizioni sopra riportate. Qualora nel presente certificato/scheda di copertura sia previsto un sottolimito di indennizzo questo non sarà considerato in aggiunta al Massimale bensì parte dello stesso, e rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per quella voce di rischio.

Massimale per anno: la massima esposizione degli Assicuratori a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.

Massimale per sinistro: l'importo massimo risarcibile per ogni sinistro o sinistro in serie.

Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento/Postuma: il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del periodo di Assicurazione indicato nel modulo/scheda di copertura, pari a 10 (dieci) anni, durante il quale l'Assicurato ha il diritto di notificare Richieste di risarcimento presentate per la prima volta contro di lui durante tale periodo per Atti Illeciti commessi o che si presuma siano stati commessi, durante il periodo di Assicurazione indicato nel modulo/scheda di copertura o durante il periodo di retroattività.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;

Richiesta di risarcimento:

a) qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali per un Atto Illecito e presentate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato durante il periodo di Assicurazione, oppure

b) qualsiasi contestazione scritta che presupponga un Atto Illecito inviata per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di Assicurazione;

Rischio: la probabilità che si verifichi il Sinistro;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'Assicurazione;

Sinistro in serie: sono considerati Sinistri in serie gli eventi causati da condotte riconducibili ad errori materiali (come, ad esempio, il mancato aggiornamento dei sistemi informatici) che si ripetano meccanicamente nella redazione di documenti

causando errori ad una pluralità di soggetti che successivamente vengano chiamati a risponderne. Sono considerati Sinistri in serie gli eventi causati da condotte dell'Assicurato nell'ambito della sua attività, ripetute nel corso degli anni e che si rivelino successivamente errate.

Terzo: ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

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 fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato regolarmente fatturate.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del Rischio, nel senso che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se le avesse conosciute, comporteranno le conseguenze previste dagli artt. 1892-1893-1894 c.c., cioè la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 2- Altre assicurazioni

In caso di esistenza di altre polizze per il medesimo Rischio o di successiva stipulazione da parte dell'Assicurato, la presente Assicurazione opererà esclusivamente a secondo rischio rispetto alle medesime per l'importo di danno eccedente il Massimale dalle stesse previsto. L'eccedenza sarà calcolata sull'importo capitale, non coprendo la presente Polizza eventuali interessi legali e rivalutazione monetaria dipendenti dalla mancata messa a disposizione da parte delle Compagnie di primo rischio dell'importo capitale rientrante nel Massimale da quest'ultime assicurato.

Art 3 - Periodicità e mezzi di pagamento del PREMIO.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo/scheda di copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento (Art.1901 c.c.). Ove previsto, il Premio potrà essere pagato agli Assicuratori tramite l'Intermediario. Il pagamento del Premio eseguito in buona fede all'Intermediario (se autorizzato da UIA Srl) si considera effettuato direttamente agli Assicuratori ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005. Non è previsto periodo di mora.

Qualsiasi Richiesta di risarcimento avanzata durante il periodo di sospensione non rientra in copertura, anche se la garanzia viene successivamente riattivata con il pagamento del Premio. L'accettazione del Premio pagato, dopo le scadenze previste nei commi che precedono, non potrà essere intesa, neppure implicitamente, come rinuncia degli Assicuratori ai diritti ed alle eccezioni previste dal suindicato articolo.

Se il Premio non è pagato, entro 15 giorni dalla data in cui è dovuto, agli Assicuratori oppure ad UIA srl che gestisce il contratto, lo stesso è risolto e nullo.

Il premio è dovuto con periodicità annuale ed il relativo pagamento potrà essere effettuato solo a mezzo bonifico bancario o assegno circolare.

Art. 4 - Modifiche al contratto

Sarà riconosciuta validità soltanto alle modifiche intervenute per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni Variazione del rischio tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di Variazione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice civile.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non assicurabile con la presente Assicurazione, la copertura non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'attività assicurata già oggetto di copertura.

Art. 6 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio gli Assicuratori ridurranno il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 c.c.).

Art. 7 - Oneri fiscali

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

Art. 8 - Foro competente

Le Parti stabiliscono di comune accordo che per le vertenze che possano derivare dal presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo in cui il convenuto ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 9 - Interpretazione del contratto e rinvio alle norme di legge

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legislazione italiana.

Art. 10 - Gestione

Gli Assicuratori dichiarano che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidati al Coverholder UIA srl.

Art. 11 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per le attività professionali svolte in Italia, San Marino e Città del Vaticano, ma l'Assicurato deve avere domicilio in Italia.

È facoltà degli Assicuratori concedere, dietro pagamento del relativo sovra Premio, estensione per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Unione Europea, nello svolgimento di attività di formazione e/o docenza, resa nell'ambito delle competenze professionali possedute.

È 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 e/o davanti alla giurisdizione italiana. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per Richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 12 - Elezione di domicilio

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, gli Assicuratori eleggono domicilio presso:

Underwriting Insurance Agency - UIA Srl
Corso Sempione 61 – 20149 Milano
Tel 02.54122532 – Fax 02.54019598
sinistri@uiainternational.net - uiasinistri@pec.it

Art. 13 - Clausola Broker (OPERANTE ESCLUSIVAMENTE SE L'INTERMEDIARIO OPERI IN SEZIONE B DEL RUI)

Con la sottoscrizione della presente Polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio che intermedia la presente Polizza e che lo rappresenta ai fini della presente Polizza.

Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) ogni comunicazione effettuata dal broker del Contraente/Assicurato a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente Polizza.

Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli Assicuratori;
- b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Art. 14 - Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni

Nessun (ri) Assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri) Assicuratore sarà obbligato a pagare alcun Sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale Sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe il (ri) Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

SEZIONE B

NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Art. 15 - Oggetto dell'Assicurazione

15.1 Responsabilità civile verso terzi/RCT e responsabilità civile per colpa grave e/o responsabilità amministrativa contabile

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato da ogni somma che egli sia tenuto a pagare a terzi, compresi i clienti, quale responsabile ai sensi di legge a cagione di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale esercitata e dichiarata. L'Assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il Danno siano posti in essere da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.

L'Assicurazione è prestata per la Responsabilità derivante all'Assicurato che appartenga ad una delle seguenti categorie:

1. Medici Dentisti/Odontotecnici – A seguito dell'iscrizione al relativo albo per l'esercizio della professione;
2. Igienisti Dentali – A seguito dell'esercizio della professione conseguente alla Laurea in Igiene dentale (D.M. 270/04);
3. Medici Dentisti/Odontotecnici in veste di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa a condizione che tale estensione sia richiamata in Polizza e sia stato pagato il relativo Premio.

Agli effetti delle garanzie prestate dalla presente Polizza si precisa che è compresa anche la responsabilità civile personale del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione nominato ai sensi dei D. Lgs. N. 81/2008 ex 626/94 di cui l'Assicurato debba rispondere.

Sono comprese in garanzia, a titolo esemplificativo e non limitativo le responsabilità civili dell'Assicurato per:

- a) L'effettuazione di piccoli interventi chirurgici o invasivi, ambulatoriali e/o domiciliari, senza ricorso ad anestesia totale, anche quando l'attività dichiarata non preveda l'esercizio della chirurgia;
- b) i Danni dei quali l'Assicurato sia tenuto a rispondere a titolo di colpa lieve e grave, anche nell'ipotesi che l'attività professionale abbia avuto ad oggetto la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà per colpa grave (art. 2236 c.c.);
- c) L'attività di pronto soccorso, il rifiuto di adempimento, l'intervento senza consenso in ipotesi di stato di necessità, i Danni per omissione di intervento per cure urgenti, quando non sussista dolo;
- d) L'impiego di ogni strumento e/o attrezzatura resi disponibili nel campo specifico e attinenti alla specializzazione conseguita, ivi compresi il laser, le apparecchiature a raggi X per scopi diagnostici; per i soli radiologi anche per scopi terapeutici;
- e) i fatti dolosi di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere;
- f) i Danni conseguenti all'implantologia praticata se richiamata in Polizza e se è stato pagato il relativo Premio;
- g) L'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa;
- h) Tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- i) Danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute, con il sottolimito di Euro 250.000,00. Resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'art. 2);

- j) Danni a cose di terzi in consegna o custodia.

Inoltre:

- k) Qualora l'attività del Medico assicurato sia svolta all'interno di ASL, Casa di Cura, Ente Ospedaliero o altra struttura sanitaria, tenuti egualmente in responsabilità, la presente garanzia si intende operante in secondo rischio, oltre il Massimale assicurato dall'Ente stesso ovvero, in mancanza di copertura assicurativa dell'Ente, per la sola ipotesi di insolvenza del medesimo Ente.
- l) Nel caso la ASL, la Casa di Cura o l'Ente Ospedaliero, ovvero i relativi assicuratori, agiscano in rivalsa nei confronti del Medico assicurato per Danni da questi involontariamente cagionati per colpa grave, la presente Assicurazione si intende operante in primo rischio limitatamente alla rivalsa azionata.

Si intendono incluse in copertura le multe e/o ammende derivate da inesatta interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), purché ciò sia involontario e/o conseguenza di inesatte interpretazioni di norme vigenti, conseguenti a indicazioni date dalla/e Associazione/i di categoria.

L'esposizione massima degli Assicuratori non potrà superare il limite di Euro 10.000,00 per evento ed in aggregato annuo.

Gli Assicuratori rinunciano all'eventuale esercizio dell'azione di rivalsa nei confronti delle Associazioni di categoria.

La presente clausola integra le disposizioni di cui al presente Art. 15 dove si statuisce l'inclusione in garanzia della "responsabilità civile personale del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione nominato ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 ex 626/94".

Si intendono inoltre comprese le azioni di rivalsa e/o surroga esperite dall'INAIL, dall'INPS o da altri Istituti Previdenziali e/o Enti Assicurativi.

15.2 Responsabilità civile verso i dipendenti/RCO

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
- 2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di Danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'Assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella di inizio copertura del certificato di Assicurazione.

L'Assicurato è tenuto a denunciare agli Assicuratori, tramite il Coverholder UIA Srl, eventuali Sinistri solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di Richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c) in caso di Richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell' Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222.

Art. 16 - Inizio e limite all'oggetto della garanzia.

L'Assicurazione vale per le Richieste di risarcimento pervenute agli Assicuratori dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto, qualunque sia il periodo, compreso in quello di retroattività concesso, in cui è stato commesso il fatto che ha dato origine alla Richiesta di risarcimento. Agli effetti di quanto disposto dagli artt.1892 e 1893 C.C., l'Assicurato dichiara sotto la propria responsabilità di **non aver ricevuto alcuna Richiesta di risarcimento** in ordine a comportamenti colposi e di **non essere a conoscenza di alcun elemento** che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento per fatto a lui imputabile già al momento della stipulazione del contratto. Limitatamente ai Danni che traggano origine da azioni od omissioni poste in essere prima della stipulazione del contratto per i quali sia operante la garanzia postuma in una polizza R.C. professionale stipulata precedentemente con altri Assicuratori, la presente Assicurazione avrà efficacia "a secondo rischio" "rispetto alle somme garantite dall'altra polizza, mentre risponderà "a primo rischio" per le garanzie non prestate dall'altra polizza.

Art. 17 - Rischi esclusi

L'Assicurazione non è operante:

- a) per Richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di Assicurazione o denunciate agli Assicuratori dopo la scadenza del periodo di Assicurazione;
- b) per i Danni derivanti dalla proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili fatta salva la responsabilità derivante per il ruolo di direttore sanitario a condizione che tale estensione sia richiamata in Polizza e sia stato pagato il relativo Premio;
- c) per i Sinistri in serie: si precisa che i Sinistri in serie sono esclusi dalla copertura assicurativa della presente Polizza;
- d) per fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale;
- e) per esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto previsto all'art. 15.1 lettera d);
- f) per circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;
- g) per fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovansi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;
- h) per furto;

- i) per Danni che abbiano origine o siano connessi 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;
- j) per Danni derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i Danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- k) per Danni derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati di telecomunicazioni;
- l) per Danni cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi;
- m) per Danni che derivino da produzione diretta di organismi geneticamente modificati;
- n) per Danni relativi a Medicina estetica. È possibile includere in copertura i trattamenti di medicina estetica esclusivamente per il filler, solo se l'estensione sia stata specificatamente indicata come operante nella Scheda di copertura e sia stato corrisposto il relativo Premio integrativo. Ai fini della presente esclusione si specifica che le procedure che hanno come oggetto i denti (es. sbiancatura, costituzione di corone) non rientrano nell'ambito della Medicina estetica. Resta in ogni caso esclusa la mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato e danni di natura estetica e fisionomica compresi quelli costituiti o determinati da esiti cicatriziali esterni;
- o) per Danni che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario di strutture complesse a meno che questa garanzia non sia esplicitamente richiamata nella scheda di copertura e sia stato pagato il relativo Premio;
- p) per Danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato, se l'Assicurato è soggetto per Legge a far firmare al paziente il consenso informato;
- q) per Danni 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, oppure se l'Assicurato non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel questionario, oppure se l'Assicurato non risulta in regola con gli obblighi formativi previsti dalla normativa in corso e dal proprio Ordine professionale di appartenenza;
- r) per Danni riconducibili al rimborso ai clienti di quanto da essi corrisposto all'Assicurato a titolo di compenso professionale;
- s) per Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- t) per Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso o comunque diverse da quella/e indicata sul questionario;
- u) per Danni relativi 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 (salvo quanto previsto all'articolo 15.1) oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- v) per Danni derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione.

Art. 18 - Massimale

Il Massimale indicato nel certificato di Polizza rappresenta il limite di risarcimento a carico degli Assicuratori per ogni Sinistro e per anno assicurativo, indipendentemente dal numero dei Sinistri denunciati agli Assicuratori stessi.

Si precisa che:

- per gli esercenti le professioni sanitarie che non svolgono attività chirurgica e anestesiológica: Massimale non inferiore a 1 milione di euro per sinistro e Massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del Massimale per sinistro;
- per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività chirurgica e anestesiológica: Massimale non inferiore a 2 milioni di euro per sinistro e Massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del Massimale per sinistro;
- il Massimale minimo di garanzia delle coperture assicurative relative ai contratti assicurativi obbligatori per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera è pari a 2 milioni di euro per sinistro e per anno.

Si precisa che in caso di sinistro che vada ad erodere il Massimale presente in polizza lo stesso sarà ripristinato facendo ricorso al Massimale annuo previsto.

Art. 19 – Studio Professionale – Studio Associato – Associazioni di Professionisti.

In caso la Polizza preveda quale Contraente uno Studio Professionale – Studio Associato – Associazioni di Professionisti, per Assicurato si intendono tutti i professionisti abilitati indicati nella scheda di copertura. La garanzia si intende prestata entro i limiti del Massimale indicato in Polizza, convenuto per Sinistro e per anno assicurativo, il quale resta unico ad ogni effetto anche nel caso di corresponsabilità dei singoli professionisti con il Contraente/Assicurato o tra loro.

Art. 20 - Conduzione dei locali adibiti a studio professionale

La garanzia può essere estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi di legge per Danni involontariamente cagionati a terzi durante il periodo di efficacia del contratto, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio e alla conduzione dello studio professionale, sia nella sede principale che nelle eventuali sedi secondarie stabili, compresi i Danni arrecati a terzi da collaboratori, sostituti, praticanti, dipendenti. Sono esclusi i Danni cagionati da fuoriuscita di acqua per guasto o per rottura di impianti idrici, igienici, di riscaldamento, tecnici, a carico dell'Assicurato. Questa specifica garanzia si intende prestata fino a concorrenza di un Massimale di Euro 250.000,00 (euro duecentocinquantomila) e con scoperto 10% minimo € 1.000,00 (euro mille) per ogni Sinistro (o come diversamente indicato nella Scheda di Copertura) qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto Danni a cose di loro proprietà.

Art. 21 - Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa

L'assicurazione è estesa, se indicata nel Certificato/Scheda di Copertura di polizza e se pagato il premio aggiuntivo, alla responsabilità civile derivante dall'attività di Direttore Sanitario/Responsabile di struttura complessa presso una Struttura Sanitaria. La presente estensione è rivolta a tutelare l'Assicurato tenendolo indenne da ogni somma che questi sia tenuto a

pagare quale civilmente responsabile in conseguenza di Perdite Patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, fatti, omissioni, ritardi commessi nell'esercizio delle proprie funzioni. L'Assicurazione comprende inoltre:

- a) le Perdite Patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;
- b) le Perdite Patrimoniali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a terzi a seguito di propri errori;
- c) i Danni corporali e materiali involontariamente cagionati a terzi dal fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa.

Ai fini della presente estensione non sono considerati Terzi: la Struttura Sanitaria, il suo legale rappresentante ed il socio a responsabilità illimitata, salvo che non sia esperita azione di Responsabilità Amministrativa e/o di Surrogazione.

Art. 22 – Filler al volto

Fermo quanto previsto all'art. 17, se acquistata la presente estensione, si ritengono in garanzia eventuali danni fisici provocati da errori colposi dell'Assicurato riguardanti i trattamenti di medicina estetica esclusivamente per il Filler (botulino/botox esclusi) come previsto dal DL 34/2023 e s.m.i.

Il distretto anatomico di competenza odontoiatrica riguarda l'area corrispondente ai denti, alla bocca, alla mascella e ai relativi tessuti. I trattamenti estetici possono essere estesi a tutto il volto (terzo superiore, terzo medio e terzo inferiore del viso) e pertanto possono essere effettuati solo sui tessuti di tale area, secondo il limite generale di polizza, che contempla esclusivamente l'attività odontoiatrica, indipendentemente dalle eventuali ulteriori competenze dell'Assicurato.

Indipendentemente dalle tecniche adottate, l'esito terapeutico atteso, temporaneo o permanente, dai trattamenti di medicina estetica non invasiva o mininvasiva previsti dall'estensione, riguarda essenzialmente la cura con finalità estetiche del viso nelle pertinenti aree di competenza.

Per l'esecuzione dei trattamenti di medicina estetica non invasiva o mininvasiva l'Assicurato deve essere in possesso della necessaria formazione/abilitazione.

I trattamenti devono inoltre essere preceduti dallo scambio di idonee informazioni tra il paziente e l'Assicurato, anche al fine di consentire a quest'ultimo di verificare l'esistenza di eventuali controindicazioni, se necessario con l'ausilio di specifici esami. Il consenso informato che si determina a seguito di tali colloqui deve essere sintetizzato per iscritto e firmato sia dall'Assicurato che dal paziente.

Art. 23 - Decorrenza della garanzia – Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento/Postuma

L'Assicurazione vale per le Richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato e da lui denunciate agli Assicuratori durante il periodo di efficacia del contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

In caso di cessazione volontaria e definitiva dell'attività, l'Assicurato avrà facoltà di richiedere agli Assicuratori, con comunicazione scritta ed inviata almeno 30 (trenta) giorni prima dalla scadenza della Polizza, la proroga della garanzia (postuma), la cui durata ed il relativo sovra Premio verranno stabiliti dagli Assicuratori, per tutte le Richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta, fatto salvo non venga acquistato presso un diverso Assicuratore.

Nel caso di morte dell'Assicurato i suoi aventi causa avranno facoltà di richiedere agli Assicuratori, con comunicazione scritta ed inviata non oltre 30 (trenta) giorni dal verificarsi dell'evento, la proroga della garanzia (postuma), la cui durata ed il relativo sovra Premio verranno stabiliti dagli Assicuratori, per tutte le Richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta, fatto salvo non venga acquistato presso un diverso Assicuratore.

Il Massimale indipendentemente dal numero delle Richieste di risarcimento notificate nel periodo di proroga della garanzia (postuma), non potrà superare il Massimale indicato nel Certificato.

La garanzia "Maggior periodo per la notifica delle Richieste di Risarcimento/Postuma" decade automaticamente ed è priva di ogni effetto nel momento in cui entra in vigore una qualsiasi altra polizza per la copertura della stessa attività professionale.

Art. 24 - Neolaureati

Ai neolaureati viene applicata una tariffa apposita limitatamente alla opzione che non prevede l'implantologia. Tale agevolazione viene riconosciuta ai professionisti laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio può essere richiesto per i primi quattro anni dalla data d'iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età.

Art. 25 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato, entro i 30 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, è obbligato:

- a) a trasmettere agli Assicuratori, tramite il Coverholder UIA S.r.l., ogni richiesta scritta di risarcimento ricevuta;
- b) a notificare agli Assicuratori per iscritto, tramite il Coverholder UIA S.r.l., ogni comunicazione o diffida scritta da lui ricevuta, in cui un terzo esprima l'intenzione di attribuire all'Assicurato una responsabilità collegata alla professione. In caso di tardiva comunicazione resterà a carico dell'Assicurato ogni maggior onere sofferto dagli Assicuratori, derivante dal ritardo. L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta degli Assicuratori, tutte le informazioni e l'assistenza del caso. Si concorda comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.

I Legali e Periti scelti dall'Assicurato per la gestione di una Richiesta di risarcimento dovranno essere preventivamente approvati dagli Assicuratori.

L'Assicurato non deve ammettere responsabilità in relazione a Richieste di risarcimento o concordarne l'entità oppure sostenerne i costi e spese senza il consenso scritto degli Assicuratori.

In caso di Richiesta di risarcimento, l'Assicurato si impegna a non pregiudicare la posizione degli Assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.

Nel caso che una Richiesta di risarcimento risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli Assicuratori e l'Assicurato si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia effettivamente coperto dalla presente Polizza.

Sulla base di questo accordo, gli Assicuratori anticiperanno costi e spese per la parte della perdita assicurata.

Gli Assicuratori hanno facoltà di assumere fino a quanto ne hanno interesse la gestione della vertenza, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, designando legali o tecnici. Gli Assicuratori, qualora assumano la gestione della vertenza, si

impegnano ad anticipare i costi e le spese sostenute anche prima della definizione della Richiesta di risarcimento. Tale anticipo di costi e spese come sopra definito, sarà restituito agli Assicuratori da parte dell'Assicurato in base ai rispettivi interessi, nel caso in cui quest'ultimo risulti non aver diritto all'indennizzo a termini del presente contratto. Si precisa che, qualora il fiduciario legale degli Assicuratori si sia costituito in giudizio per conto dell'Assicurato e, al termine del giudizio intrapreso da controparte, l'organo giudicante abbia respinto le richieste attoree con contestuale condanna al pagamento delle spese legali in favore dell'ente convenuto, l'Assicurato si impegna, sin da ora, a cedere il relativo credito agli Assicuratori che procederanno direttamente al recupero delle somme indicate in sentenza. Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 26 - Conciliazione

In caso di Sinistro ed in relazione alla norma che prescrive l'obbligo di esperire un "tentativo amichevole di Conciliazione" in conformità al Decreto Legislativo No. 28/2010 da promuoversi a cura di una delle due Parti davanti ad uno degli Organismi a ciò preposti, e prima di adire le vie legali, gli Assicuratori decideranno nei termini previsti se partecipare o meno alla procedura. Qualora decidano di non partecipare al tentativo di conciliazione amichevole, gli Assicuratori si impegnano a considerare valida anche nei loro confronti la decisione assunta in sede di conciliazione.

Art. 27 – Surrogazione e Responsabilità solidale

Per ogni pagamento effettuato a termini di questa Polizza per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti gli Assicuratori si surrogano nei diritti di rivalsa dell'Assicurato per tali ammontari. In tal caso l'Assicurato dovrà firmare tutti i necessari documenti e farà tutto quanto è necessario per formalizzare e conservare il diritto di surrogazione compresa la sottoscrizione di quegli atti che consentano agli Assicuratori di agire legalmente in luogo dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 28 - Cessazione del rapporto assicurativo

Oltre agli altri casi previsti dalla legge e dal presente contratto, il rapporto assicurativo cessa:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di cessazione definitiva da parte dell'Assicurato dell'esercizio della professione per pensionamento e/o cancellazione dall'Albo professionale e chiusura P. Iva;
- in caso di radiazione o sospensione per qualsiasi motivo dall'Albo professionale.

Il rapporto si estingue con la prima scadenza annuale del contratto in ipotesi di decesso dell'Assicurato o di cessazione dell'attività; con effetto immediato invece in ipotesi di radiazione o di sospensione dall'Albo di appartenenza.

Richieste di risarcimento fraudolente - Clausola risolutiva espressa: il presente contratto sarà automaticamente risolto senza alcuna restituzione di premio, fermo restando il diritto degli Assicuratori alla rivalsa contro l'assicurato per indennizzi già effettuati.

La polizza si intende nulla e senza effetto alla data della sospensione/cancellazione/revoca/radiazione dall'albo e nessun rimborso del premio sarà dovuto.

Art. 29 – Diritto di recesso

L'Assicuratore può recedere dal contratto, anche per il tramite dell'Intermediario, prima della scadenza, in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Assicurato per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del Danno. Se il recesso è esercitato dall'Assicurato il premio rimarrà in ogni caso acquisito dagli stessi.

L'Assicurato potrà recedere dalla presente Polizza mediante invio di lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC, anche per il tramite del Coverholder UIA S.r.l., con preavviso di 90 giorni.

Se il recesso è esercitato dall'Assicurato il premio rimarrà in ogni caso acquisito dagli Assicuratori.

Diritto di recesso in caso di vendita a distanza: in caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della Polizza avvenuto con il pagamento del Premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a UIA srl Corso Sempione 61 20149 Milano. In tal caso gli Assicuratori trattengono la frazione di Premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Art. 30 - Durata dell'Assicurazione/Tacito Rinnovo

La polizza prevede il tacito rinnovo con effetto dalla data di scadenza indicata nel Certificato/Scheda di Copertura, salvo diversa deroga. Il tacito rinnovo è applicabile solo in assenza di variazione/aggravamento del rischio e/o in assenza di Sinistri/Circostanze e/o salvo intervenute variazioni tariffarie.

Qualora l'Assicurato manifesti la volontà di non procedere al rinnovo del contratto, la disdetta dovrà essere inviata entro e non oltre 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza del Periodo di Assicurazione tramite lettera raccomandata A/R a UIA Srl - Corso Sempione, 61 - 20149 Milano (MI) o posta certificata a underwritinginsuranceagency srl@pec.it.

In caso di variazione/aggravamento del rischio dovrà essere inviato il questionario entro e non oltre 30 (trenta) giorni prima della data di scadenza del Periodo di Assicurazione, dove si evincano:

- a) eventuali variazioni anagrafiche;
- b) eventuali variazioni rispetto alla tipologia dell'attività svolta, in relazione a quanto precedentemente dichiarato e richiesto dall'Assicurato;
- c) nuove Circostanze/Sinistri verificatisi durante l'ultimo Periodo di Assicurazione.

In assenza di disdetta e/o dell'invio del questionario entro i termini sopra indicati, verrà inviata quietanza di rinnovo ed il contraente sarà tenuto al pagamento del premio della quietanza di rinnovo.

Il questionario dovrà essere inviato anche in caso d'intervenute variazioni tariffarie, in quanto non sarà possibile procedere con la quietanza di rinnovo.

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile in caso di mancato pagamento del premio o della prima rata l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto da lui è dovuto.

In caso di mancato pagamento della rata di premio successiva alla stipulazione della polizza (quietanza di rinnovo), l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Non è previsto periodo di mora. Eventuali variazioni del rischio, comunicate successivamente a 30 (trenta) giorni prima della data di scadenza del Periodo di Assicurazione, verranno valutate dagli Assicuratori, che in caso di accettazione di tale variazione, potranno procedere con l'emissione di un'appendice o di nuova polizza che potrà prevedere una variazione del premio. Per quanto non specificatamente normato si rimanda al Codice Civile.



Il Contraente

Autorizzato a firmare per conto di Tokio Marine Europe, S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia

Ai fini degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di avere attentamente letto e di accettare esplicitamente i seguenti articoli:

Art.1	Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio
Art.2	Altre assicurazioni
Art.3	Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
Art.4	Modifiche al contratto
Art.7	Oneri fiscali
Art.9	Interpretazione del contratto e rinvio alle norme di legge
Art.11	Estensione Territoriale
Art.13	Clausola broker
Art.14	Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni
Art.17	Rischi esclusi
Art.25	Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
Art.26	Conciliazione
Art.27	Surrogazione e responsabilità solidale
Art.28	Cessazione del rapporto assicurativo
Art.29	Diritto di recesso
Art.30	Durata dell'assicurazione/Tacito rinnovo



Il Contraente

INFORMATIVA PRIVACY PER GLI ASSICURATI – PROTEZIONE DATI PERSONALI

L'Assicuratore rispetta il diritto alla privacy degli Assicurati. Nella nostra Politica sulla Privacy (disponibile all'indirizzo <https://www.tmhcc.com/en/legal/privacy-policy>) spieghiamo chi siamo, in che modo raccogliamo, condividiamo e utilizziamo le informazioni personali degli Assicurati, e in che modo gli Assicurati possono esercitare il proprio diritto alla privacy. In caso di qualunque domanda o dubbio sull'utilizzo da parte nostra delle loro informazioni personali, gli Assicurati possono contattarci all'indirizzo DPO@tmhcc.com.

Possiamo raccogliere informazioni personali come nome, indirizzo di posta elettronica, indirizzo postale, numero di telefono, sesso e data di nascita. Abbiamo bisogno delle informazioni personali degli Assicurati per stipulare e dare esecuzione al contratto di assicurazione. Conserviamo le informazioni personali che riceviamo quando, ai fini della prestazione dei nostri servizi, abbiamo l'esigenza e siamo legittimati a fare ciò.

Possiamo comunicare le informazioni personali degli Assicurati a:

- Le **società del nostro gruppo**;
- **Fornitori di servizio terzi e partner** che ci forniscono servizi di elaborazione dati o che altrimenti elaborano le informazioni personali per le finalità descritte nella nostra Politica sulla Privacy, come verrà comunicato agli Assicurati quando raccogliamo le loro informazioni personali;
- Qualunque **competente organo di polizia, agenzia di vigilanza o governativa, tribunale o altra parte terza**, quando riteniamo che la comunicazione sia necessaria (i) ai sensi di una legge o normativa applicabile, (ii) per accertare, esercitare o difendere i nostri diritti, o (iii) per proteggere gli interessi vitali degli Assicurati o quelli di qualunque altra persona;
- Un **potenziale acquirente** (e ai suoi agenti e consulenti) in relazione al possibile acquisto, fusione o acquisizione di qualunque parte della nostra attività, a condizione di informare l'acquirente che deve utilizzare le informazioni personali degli Assicurati unicamente per le finalità comunicate nella nostra Politica sulla Privacy e nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679; o
- **Qualunque altra persona con il consenso dell'Assicurato** alla comunicazione.

Le informazioni personali degli Assicurati possono essere trasferite verso, ed elaborate in, paesi diversi dal paese di residenza degli Assicurati stessi. Tali paesi possono avere leggi sulla protezione dei dati diverse da quelle del paese degli Assicurati. Trasferiamo dati all'interno del gruppo societario Tokio Marine in virtù del nostro Contratto Infragrupo di Trasferimento dei Dati, che comprende le Clausole Contrattuali Standard dell'Unione Europea.

Utilizziamo misure tecniche ed organizzative adeguate a proteggere le informazioni personali che raccogliamo e trattiamo. Le misure che utilizziamo sono pensate per offrire un livello di sicurezza adatto al rischio derivante dal trattamento delle informazioni personali.

Gli Assicurati hanno diritto di sapere quali dei loro dati sono in nostro possesso e di effettuare quella che viene denominata una **Richiesta di Accesso del Soggetto Interessato**. Essi hanno inoltre diritto di richiedere che i loro dati vengano **corretti** per fare sì che i dati in nostro possesso siano accurati. In determinate circostanze essi godono di altri diritti relativi alla protezione dei dati, come ad esempio quello di **richiedere la cancellazione, opporsi al trattamento, limitare il trattamento** e in alcuni casi **richiedere la portabilità**. Ulteriori informazioni sui diritti degli Assicurati sono riportate nella nostra Politica sulla Privacy.

Gli Assicurati potranno chiederci in qualunque momento **di interrompere l'invio da parte nostra di comunicazioni di marketing**. Essi potranno esercitare tale diritto cliccando sul link "annulla l'iscrizione" o "opt-out" nelle mail di marketing che inviamo. Analogamente, se abbiamo raccolto e trattato informazioni personali con il consenso degli Assicurati, questi potranno **ritirare il proprio consenso** in qualunque momento. L'aver ritirato il proprio consenso non modificherà la legittimità di qualunque trattamento che abbiamo effettuato prima di tale decisione, e non avrà influenza sul trattamento delle informazioni personali effettuato in virtù di un fondamento giuridico diverso rispetto al consenso del titolare dei dati. Gli Assicurati **hanno diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo per la protezione dei dati** riguardo la nostra raccolta e utilizzo delle loro informazioni personali.

Data:

ASSICURATO
(Timbro e Firma)

Autorizzato a firmare per conto di Tokio Marine
Europe, S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia

