PartnerRe

FASCICOLO INFORMATIVO

(Regolamento Isvap N. 35 del 26 maggio 2010)

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CONVENZIONE

DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDICI DI MEDICINA INTERNA SOCI DI

SIMI - SOCIETA' ITALIANA MEDICI DI MEDICINA INTERNA

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO** formato da:

1. **NOTA INFORMATIVA** comprensiva del **GLOSSARIO**
2. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
IL CONTRAENTE DEVE PRENDERE VISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA CONVENZIONE

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) - di seguito anche "PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company)" o la "Compagnia" - è una compagnia di assicurazioni operante secondo le leggi irlandesi nella forma di società d.a.c. (Designated Activity Company) ed appartiene al gruppo PartnerRe Ltd. Questa nota informativa è rilasciata per conto di PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company), UK Branch, con il numero di registrazione BR016615, regolata dalla Banca Centrale d'Irlanda all'indirizzo:
  3rd Floor, 80 Leadenhall Street,
  Londra EC3A 3DH
  Regno Unito
- Le informazioni riguardo l'impresa possono essere consultate sul sito web www.partnerre.com
- I recapiti telefonici e fax sono rispettivamente:
  Tel: 00353 1 637 9600 – Fax: +353 1 637 9660
  L'indirizzo email è clive.kelly@partnerre.com
- PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) è soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland, organismo di vigilanza con sede in Irlanda ed è autorizzata a operare in Italia in Regime di Libera Prestazione di Servizi ed è iscritta all'elenco delle Imprese di assicurazione comunitarie con il Codice Ivass 10770. L'attività svolta da PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) in Italia è autorizzata dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) con il Numero di Iscrizione II.00534 e data di iscrizione 03/01/2008.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

*L'ammontare del patrimonio netto di PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) è pari ad € 33.486.408,00 ed è composto da un capitale sociale di € **2.248.710,00 e riserve patrimoniali per € 12.501.363,00.***
L'indice di solvibilità di PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) riferito alla gestione danni, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 234%.
I dati sopra riportati sono relativi all'ultimo bilancio approvato e oggetto di revisione contabile (2014).
Ulteriori informazioni riguardo il patrimonio di PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) inclusi i bilanci societari ovvero i dati patrimoniali aggiornati possono essere consultati sul sito www.partnerre.com.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto, stipulato in forma collettiva standardizzata, può avere durata poliennale; prevede garanzie o clausole predeterminate che sono rimesse alla libera scelta del contraente, non modificabili da parte del soggetto incaricato della distribuzione.

TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

Salvo accordi particolari il contratto ha una durata annuale. **In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni** prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata **per un anno e così successivamente.** La scadenza contrattuale è quella indicata all'Art. 14 delle **Condizioni Addizionali di polizza e in caso di disdetta la garanzia cessa ogni vigore alle ore 00:00 del 01/01 di ciascun anno.**

Avvertenza

Il Contraente ha facoltà di disdetta mediante lettera raccomandata da inviarsi con preavviso di **90 giorni prima di ciascuna scadenza annuale** della polizza convenzione.
Termini e modalità sono regolati dall'Art. 14 delle Condizioni Addizionali di Polizza.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

- L' assicurazione tutela l'Assicurato per i danni cagionati a terzi conseguenti ad un fatto derivante da responsabilità civile inerente l'attività esercitata ma entro i limiti previsti dalla classe di merito assegnata a ogni singolo iscritto secondo i parametri di cui all'allegato 1 "Classe di assegnazione di merito e relativi premi", che costituisce parte integrante del contratto.
  L'assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno, sono stati commessi da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.
  Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione R.C.T., delle Condizioni Addizionali di Polizza.
- L'Assicurazione copre altresì le richieste di risarcimento derivanti all'Assicurato per gli infortuni subiti sul lavoro da parte degli addetti mentre lavorano per conto dello stesso. Si rimanda per maggiore dettaglio all'Art. 6 delle Condizioni Addizionali di polizza – Responsabilità Civile Dipendenti (RCO) Oggetto dell'Assicurazione.

AVVERTENZA: LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:

L'assicurazione è prestata nella forma « CLAIMS MADE » ossia volta a coprire le Richieste di Indennizzo avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di decorrenza convenuta (anche se retroattiva).

Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Indennizzo riconducibili a comportamenti dolosi o ad attività abusive. Altre cause di esclusione sono elencate agli articoli 11 e 12 delle CONDIZIONI ADDIZIONALI DI POLIZZA.

Le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

Condizioni Generali:
Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato e Aggravamento del Rischio
Art. 3 - Recesso in caso di sinistro
Art. 6 - Foro competente

Condizioni Addizionali
Art. 5 - Inizio e termine della garanzia (formula "Claims Made")
Art. 11 - Esclusioni
Art. 12 - Ulteriori Esclusioni
Art. 13 - Esclusione degli Interventi Invasivi
Art. 19 - Responsabilità solidale
Art. 23 - Estensione Territoriale
Art. 24 - Tentativo obbligatorio di Conciliazione amichevole
Art. 26 - Denuncia sinistri gestione delle vertenze di danno - spese legali
Art. 27 - Limiti di indennizzo

AVVERTENZA: Le garanzie di polizza sono prestate SENZA specifiche **Franchigie e/o Scoperti** e sono previsti **Massimali e Sottolimiti e sono riportati nel Modulo di Adesione, nel Certificato di polizza o nelle Estensioni Facoltative, nonché all'art. 27 delle Condizioni Addizionali di Assicurazione.**

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

1° esempio Massimale: € 750.000,00 Danno: € 150.000,00 Franchigia: € 1.000,00 Risarcimento: € 150.000,00 – 1.000,00 = € 149.000,00	**2° esempio** Massimale: € 1.000.000,00 Danno: € 600,00 Franchigia: € 1.000,00 Nessun risarcimento è dovuto, perché il danno è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio Massimale: € 1.000.000,00 Danno: € 15.000,00 Scoperto 10% con il minimo di € 5.000,00 Risarcimento: € 15.000,00 – 5.000,00 = € 10.000,00	**2° esempio** Massimale: € 750.000,00 Danno: € 350.000,00 Scoperto 10% con il minimo di € 5.000,00 Risarcimento: € 350.000,00 –35.000,00 = € 315.000,00 (perché la somma in percentuale è superiore al minimo).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

1° esempio Massimale: € 1.000.000,00 Danno: € 50.000,00 Risarcimento: € 50.000,00 (dal quale dedurre eventuali scoperti o franchigie)	**2° esempio.** Massimale: € 1.500.000,00 Danno: € 2.200.000,00 Risarcimento € 1.500.000,00

AVVERTENZA: MASSIMALE O LIMITE DI INDENNIZZO: rappresenta la somma totale che l'Assicuratore mette a disposizione dei danneggiati per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri relativi a uno stesso Periodo di Assicurazione.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 27 delle CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita del diritto all'indennità.

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 1 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE e art. 1897, art. 1898 C.C.

PRESENZA DI CAUSE DI NULLITÀ

Il contratto di assicurazione è nullo quando ricorrono uno o più presupposti previsti dall'articolo 1418 Codice Civile, ad esempio perché l'oggetto del contratto è impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

- L'Assicurato deve avvisare l'Assicuratore per iscritto di fatti o circostanze che costituiscano un aggravamento del rischio; parimenti, qualsiasi diminuzione del rischio va segnalato all'Assicuratore in quanto potrebbe portare ad una riduzione del premio.
- Per maggiori dettagli circa le conseguenze della mancata comunicazione dell'aggravamento o diminuzione del rischio si rimanda al contenuto dell'articolo 1 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.
- Esempio di circostanza che determina la modificazione del rischio: per effetto di una nuova disposizione di legge il professionista assicurato è tenuto a garantire il proprio lavoro per i 25 anni successivi al termine dell'incarico (si precisa che questo esempio non è reale – si tratta solamente di un'ipotesi astratta).

AVVERTENZA: Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 1 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

6. Premi

- L'importo dei premi è comprensivo di eventuali accessori e delle imposte applicabili.
- La periodicità del pagamento del premio è annuale.
  Il pagamento del premio può essere effettuato alla Compagnia o all'intermediario autorizzato esclusivamente con mezzi di pagamento diversi dal denaro contante, e segnatamente:
  - assegni circolari
  - bonifici bancari

7. Rivalse

Se all'Assicurato spettano dei diritti nei confronti delle persone responsabili per il recupero di denaro pagato al terzo danneggiato, gli stessi diritti spetteranno anche all'Assicuratore nel caso quest'ultimo abbia liquidato il danno al terzo ai sensi del presente contratto.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 1916 del C.C..

AVVERTENZA: L'articolo 1916 del Codice civile "Diritto di surrogazione dell'Assicuratore" prevede che la compagnia che ha pagato l'indennizzo può sostituirsi all'Assicurato nell'esercizio dei diritti di quest'ultimo nei confronti di terzi responsabili del danno.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA: L'Assicurato e l'Assicuratore possono esercitare il diritto di recesso dopo il verificarsi di un sinistro.

Per maggiori dettagli e modalità si rimanda al contenuto dell'articolo 3 delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Indipendentemente dal momento in cui l'Assicuratore ne sia informato, qualora l'Assicurato venga sospeso o radiato dal relativo Ordine Professionale o per qualsiasi ragione venga negata o ritirata l'abilitazione all'esercizio della professione, gli effetti dell'assicurazione cessano automaticamente al verificarsi di tale circostanza e alla medesima data.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 C.C. i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

10. Legge applicabile al contratto

Il presente contratto è regolato dalle leggi della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della Legge 29 ottobre 1961 n. 1216 e successive modifiche ed integrazioni, all'aliquota di volta in volta applicabile. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'Assicurato deve fare denuncia scritta all'Assicuratore di ciascun sinistro immediatamente quando ne viene a conoscenza e comunque entro 15 giorni dall'avvenuta notifica di un'azione nei suoi confronti da parte di terzi.

Per maggiori dettagli circa le procedure liquidative si rimanda all'articolo 26 delle Condizioni Addizionali di Assicurazione.

13. Reclami

Qualsiasi reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri può essere inviato per iscritto all'Assicuratore al seguente indirizzo:

The General Manager
PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company)
5th Floor, Block 1,
The Oval,
160 Shelbourne Road
Dublin 4
Ireland
email: clive.kelly@partnerre.com

L'Assicurato può altresì inviare eventuali reclami per iscritto al proprio Broker di assicurazione per essere a tale fine assistito.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che l'Assicuratore abbia dato riscontro al reclamo, è possibile anche presentare il proprio reclamo all'IVASS, Indirizzo: IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, tel.+39.06.42.133.1, fax : +39.06.42.133.206 e all'autorità di vigilanza irlandese Central Bank of Ireland con sede in PO BOX 559 – Dame Street – Dublino 2 Tel. +353.1.224.6000, fax +353.1.671.6561.

Inoltre, per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta in ogni caso il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

* * * * * *

GLOSSARIO

Indicazione del significato dei principali termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale degli Operatori Sanitari.

Assicurato:	la persona fisica o giuridica la cui responsabilità è protetta dall'assicurazione.
Contraente:	la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.
Danno corporale:	morte o lesione personale.
Danno Materiale:	distruzione o deterioramento di cose.
Franchigia:	importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
Intermediario:	la persona fisica, o giuridica, iscritta nel Registro Unico degli "Intermediari Assicurativi e Riassicurativi" (R.U.I.), di cui all'Art. 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
Massimale:	la somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento contrattualmente stabilito, e che non potrà essere inferiore ad Euro 1.000.000 per evento e in aggregato annuo per ciascun assicurato, fatto salva la possibilità di reintegrare il massimale, secondo le condizioni di polizza.
Perdite Patrimoniali:	ogni pregiudizio economico causato a terzi, che non sia l'effetto, o la conseguenza diretta o indiretta di danni.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa.
Recesso:	scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Compagnia:	"PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company)"

PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company)è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Clive Kelly

Il Legale Rappresentante

ASCOLTARE- COMPRENDERE- INFLUENZARE - RISOLVERE

Un contratto è un documento legale.

Una vera collaborazione

è molto di più.

PartnerRe

Scopri cosa puoi aspettarti da un vero partner sul sito internet: partnerre.com

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CONVENZIONE No. SIMI/072000/1

PER RESPONSABILITA' CIVILE E PROFESSIONALE
DEI MEDICI DI MEDICINA INTERNA SIMI

stipulata fra

SIMI
Società Italiana di Medicina Interna

Viale dell'Università, 25
00185 ROMA (RM)

Codice Fiscale 02344510587
Partita IVA 01046121008

di seguito denominato **Contraente**,

e

la Società
PARTNERRE IRELAND INSURANCE D.A.C. (DESIGNATED ACTIVITY COMPANY)
5th Floor, Block 1,
The Oval,
160 Shelbourne Road
Dublin 4
Ireland

di seguito denominata **Compagnia**

La seguente assicurazione viene rilasciata a favore dei Soci della Spett. Contraente che ne abbiano fatto richiesta e che abbiamo corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

1) RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E GENERALE

2) RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI - R. C. O.

La Contraente assume l'impegno di consegnare la documentazione contrattuale al singolo assicurato che abbia aderito alla convenzione e che abbia corrisposto il relativo premio.

* * * * * *

DEFINIZIONI

Ai sensi e per gli effetti della presente Convenzione si applicano le seguenti definizioni:

PARTI:	il Contraente del Contratto di Assicurazione in Convenzione, l'Assicurato, aderente alla Convenzione, la Compagnia, l'intermediario.
COMPAGNIA/ASSICURATORE:	Impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa.
CONTRAENTE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CONVENZIONE:	**SIMI - Società Italiana di Medicina Interna**
CONTRAENTE DEL CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE/ASSICURATO	Il soggetto iscritto all'Ordine dei Medici ed all'Associazione che aderisce alla Convenzione a fronte della cui adesione viene emesso un certificato di assicurazione.
ASSICURATO:	il singolo iscritto all'Ordine che ha aderito alla Convenzione.
BROKER:	l'Intermediario Iscritto al Registro Unico degli Intermediari.
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE IN CONVENZIONE	Il contratto con il quale la Compagnia di Assicurazione, alle Condizioni concordate, si impegna ad emettere i certificati di assicurazione a favore degli Associati/Assicurandi che abbiano manifestato la volontà di aderire (di seguito indicata come Convenzione)
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE:	il documento riepilogativo degli estremi della copertura del singolo Assicurato.
AGENTE:	il soggetto che gestisce la convenzione per conto della Compagnia.
MEDICO DI MEDICINA INTERNA:	Laureati in medicina e chirurgia specializzato o specializzando in medicina interna
PREMIO:	il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Compagnia.
ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE:	il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti la relativa attività professionale. In tale ambito rientrano i professionisti di cui all'elenco delle specialità mediche assicurabili riportato all'Art. 3 delle Condizioni Addizionali.
MODULO DI ADESIONE / QUESTIONARIO DI PROPOSTA:	il documento compilato (anche on line) e sottoscritto dagli iscritti che intendono aderire alla Convenzione.
MASSIMALE:	somma massima liquidabile dalla Compagnia a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro.
FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:	qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale

con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

DANNO: La perdita economica risultante da lesioni personali, morte o danni ai beni, nonché i danni ad essi conseguenti (a titolo esemplificativo: danni non patrimoniali, danni indiretti)

PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI O DI CHIRURGIA AMBULATORIALE: Interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO: La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza:

a) la comunicazione scritta all'Assicurato con la quale un Terzo ha manifestato l'intenzione di addebito di responsabilità per danni o perdita patrimoniale causati da fatti colposi o errori o omissioni ricondotti all'Assicurato, o a chiunque altro per suo conto, o la comunicazione con cui il Terzo presenta una formale richiesta di risarcimento per tali danni o perdite.
b) la citazione o la chiamata in un procedimento dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;
c) l'inchiesta giudiziaria nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente Convenzione;
d) l'invito a dedurre notificato all'Assicurato dal Procuratore della corte dei conti ovvero la notifica, in qualsiasi forma, dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa.
e) qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale;
f) qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.

SINISTRO: La richiesta di risarcimento, come definito sopra, e di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta durante il periodo di assicurazione.

FRANCHIGIA: importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro.

PERIODO DI ASSICURAZIONE: durata annuale o inferiore all'anno al primo accesso alla convenzione.
La convenzione ha durata triennale salvo eventuale disdetta da notificarsi alla scadenza di ciascuna annualità come previsto dall'Art. 14 delle Condizioni Addizionali di polizza.

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurando quando fa richiesta di adesione alla presente convenzione ha l'obbligo di fornire le informazioni e dichiarazioni per iscritto previste nel modulo di adesione che diventa parte integrante del contratto. Nel caso di variazioni che aggravano il rischio l'Assicurato ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto la Compagnia.
Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti del rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, purché tali omissioni od inesattezze non siano frutto di dolo.
Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente Convenzione, la Compagnia rinuncia al diritto di recesso di cui all'Art.1898 del Codice Civile e l'Assicurato si impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

Art. 2) CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

A parziale deroga dell'Art. 1896 del Codice Civile, nel caso di cessazione dei rischi assicurati con la presente convenzione, la Compagnia rimborserà il rateo di premio imponibile relativo alla parte non goduta del periodo di assicurazione.

Art. 3) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato ai termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso scritto di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà all'Assicurato la parte del premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso. Nel caso la disdetta avvenga ad opera della Compagnia, la stessa dovrà darne avviso scritto alla Contraente sempre nei termini suddetti. La Contraente potrà esprimere parere contrario vincolante alla richiesta, salvo i casi di dolo, entro 30 giorni dalla ricezione del preavviso.
La Compagnia ha facoltà fino al sessantesimo giorno da ogni denuncia, di disdire per la prima scadenza annuale l'intera polizza convenzione con un preavviso di 90 giorni.

Art. 4) VARIAZIONI ALLA CONVENZIONE

Qualunque variazione o modifica della presente convenzione deve risultare da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 5) GESTIONE E CLAUSOLA BROKER

La Compagnia dichiara che l'emissione e la gestione dei contratti sono affidati a "Marintec s.r.l." – Via Corsica 19/6 – 16128 Genova – iscrizione RUI n. A000012538 - fax +39 010 880632 e-mail info@marintec.it – marintecsrl@pec.it.
La Contraente dichiara di aver affidato gli adempimenti del presente contratto a "AON S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers" – Via Andrea Ponti, 8/10 – 20143 Milano iscritto alla Sez. B del RUI con il n. 000117871, che a propria volta si potrà avvalere di collaboratori regolarmente autorizzati dall'Isvap anche per l'attività di incasso; resta pertanto intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'Art 1901 c.c., dei pagamenti a questi effettuati. Ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta dagli Assicurati stessi e sarà considerata come inviata alla Compagnia.

Art. 6) FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun Assicurato.

Art. 7) NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

* * * * * *

CONDIZIONI ADDIZIONALI

Art. 1) RESPONSABILITA' CIVILE TERZI (R.C.T.) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi per ogni forma di responsabilità professionale, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per morte, per lesioni personali per danni biologici, morali, perdita di chance, danni indiretti e consequenziali ai congiunti e danneggiamenti a cose, conseguenti ad errori od omissioni, con colpa lieve e/o grave commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato.

Le attività professionali dell'Assicurato possono comprendere una soltanto o entrambe le voci a) e b) che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso:

a) l'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente anche se svolta presso cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o qualsiasi altro Istituto autorizzato a prestare servizi sanitari, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale "extra muraria", incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa;

b) l'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro Istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. L'assicurazione comprende esplicitamente l'attività dell'Assicurato in qualità di dipendente delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, individuati dall'art. 10 del CCNQ dell'11/6/2007 relativo alla definizione dei comparti ed ai sensi di quanto previsto dall'Art. 2, quarto alinea del CCNQ per la definizione delle autonome aree di contrattazione, stipulato il 1/2/2008 e successive modificazioni e/o integrazioni. E' compresa l'attività professionale "intra muraria" anche allargata esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende in ogni caso:

1. La responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione od omissione dolosa o colposa, nell'esercizio dell'attività libero-professionale, da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale.
2. I danni derivanti da interventi di primo soccorso prestati in virtù dell'obbligo deontologico professionale.
3. Le prestazioni mini-invasive non chirurgiche quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, intubazione tracheale, rachicentesi, laringo-tracheo-broncoscopia, l'impiego di sonde e/o cateteri a scopo diagnostico e/o terapeutico. Si precisa che tali prestazioni possono essere erogate anche in sala parto quando si renda necessaria la presenza dell'Assicurato in qualità di Consulente Medico di medicina interna.
4. l'assicurazione include esplicitamente l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale.

5. La pratica di medicina non convenzionale in riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni;
6. La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni;
7. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
8. la responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica).
9. l'assicurazione si estende alla conduzione ed alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse, inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione
10. La responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla prescrizione di farmaci "off-label" qualora:
    - il trattamento "on-label" sia stato effettuato adeguatamente, e la diagnosi sia corretta;
    - siano reperiti lavori scientifici a supporto dell'utilizzo del farmaco "off-label" nella patologia;
    - sia seguito il Paziente nei giorni di trattamento per eventuale sviluppo di reazioni avverse;
    - il trattamento sia interrotto in presenza di eventi avversi.

    Ai fini della presente estensione, per off-label, s'intende l'impiego nella pratica clinica di farmaci già registrati ma utilizzati in situazioni che, per patologia, popolazione o posologia vengono prescritti in maniera non conforme rispetto a quanto previsto dal Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) autorizzato dal Ministero della Salute.
11. La responsabilità civile derivante dalla:
    - cura di Pazienti in cura per malattie genetiche;
    - somministrazione di vaccini.

Art. 2) COLPA LIEVE ESTESA ALLA COLPA GRAVE

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Assicurato in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica, istituto, ente o azienda facente capo al Servizio Sanitario Nazionale la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica, istituto, ente o azienda a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alla sopra indicata Richiesta di Risarcimento.

Nel caso in cui l'assicurato svolga la propria attività professionale in veste di medico dipendente o convenzionato di struttura, clinica, istituto, ente o azienda facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, la copertura della responsabilità civile, all'infuori dei casi di colpa grave di cui al comma che precede, è prestata altresì al ricorrere **congiunto** delle seguenti condizioni:

a) che la struttura di appartenenza non abbia adempiuto agli obblighi previsti dalla contrattazione collettiva di fornire all'assicurato un'adeguata copertura della responsabilità civile;

b) che la struttura di appartenenza dichiari per iscritto all'assicurato di non volerlo tenere indenne/manlevare di quanto il medesimo debba risarcire al terzo danneggiato. A tal fine l'assicurato dovrà formulare alla struttura, contestualmente all'avviso di sinistro, una richiesta scritta di manleva. Ove la struttura non dia riscontro entro 45 giorni dalla ricezione della richiesta, il silenzio sarà inteso, ai fini della presente clausola, come espresso rifiuto di manlevare l'assicurato.

La società è espressamente surrogata nei diritti dell'Assicurato nei confronti dell'azienda di appartenenza per le somme pagate a qualsiasi titolo.
Un'eventuale altra polizza di colpa grave con il medesimo Assicuratore, non farà cumulo con la presente copertura combinata "colpa lieve estesa alla colpa grave" .

Art. 3) SPECIALIZZAZIONI ASSICURABILI

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio della specializzazione di Medico di medicina interna, come definita in polizza.

Art. 4) MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

L'assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di pronto soccorso presso strutture private e di medicina del servizio di emergenza sanitaria territoriale (ex servizio 118) a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99 e specificamente:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";
- attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
- punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
- interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.
- a bordo di navi debitamente attrezzate esclusivamente in situazione di emergenza.

Art. 5) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – FORMULA CLAIMS MADE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre i 10 anni antecedenti la data di prima adesione alla presente Convenzione.
Si precisa, altresì, che i fatti e/o le circostanze che venissero a conoscenza dell'Assicurato, nonché le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato stesso antecedentemente alla decorrenza della polizza, e nel periodo intercorrente fra la data di decorrenza della polizza e la data di efficacia della stessa (ovvero ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato paga il premio) non saranno in alcun modo oggetto di copertura di cui alla presente polizza.
Per i danni derivanti da azioni, o omissioni, posti in essere prima della stipulazione del contratto, per i quali sia operante la garanzia postuma in una polizza di responsabilità civile professionale stipulata precedentemente con un'altra Compagnia, l'assicurazione avrà efficacia "a secondo rischio" rispetto alle somme garantite dall'altra polizza.
L'assicurazione vale altresì per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato entro 15 giorni dalla cessazione del contratto, sempre che il fatto che ha originato la richiesta si sia verificato durante il periodo di validità del contratto stesso.

Art. 6) RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI (R.C.O.) - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia si obbliga 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 (ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO) 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.

Art. 7) RISCHI AGGIUNTIVI

A titolo esemplificativo e non limitativo, si intende garantita dalla presente convenzione anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

a) danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
b) proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o "banners" all'interno o all'esterno dello Studio; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la copertura è tuttavia intesa prestata a favore dell'Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate
c) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclofurgoni senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
d) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
e) dall'attività di radiodiagnostica in genere;

f) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;

g) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute con il limite 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. 21);

h) per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

Art. 8) R.C.O. - DENUNCIA DEI DANNI

L'Assicurato è tenuto a denunciare alla Compagnia, anche tramite Marintec, 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 (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro) qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 dei 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. 9) NOVERO DEI TERZI

Ai fini delle garanzia R.C.T., non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

Art. 10) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

In caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, di cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), per morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro un periodo di tempo pari a 10 anni dalla scadenza annuale della copertura, successivi alla cessazione dell'attività.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.
Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto dalla copertura costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

L'operatività della presente estensione è automatica in favore degli Eredi in caso di morte dell'Assicurato a condizione che non stipulino altre coperture con altre Compagnie per le medesime garanzie pena la decadenza.

Per tutti gli altri casi l'operatività è subordinata alle seguenti condizioni:

a) che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato entro 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura, successiva alla cessazione dell'attività;

b) che l'assicurato si impegni a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;

c) che l'Assicurato dichiari ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di copertura.

Resta confermato in tutti i casi il disposto dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione che prevede la facoltà di recesso della Compagnia in caso di sinistro.

Art. 11) ESCLUSIONI

Premesso che l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", le garanzie prestate non sono valide per le richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Compagnie.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le Richieste di Risarcimento:

1) dovute a sinistri attribuibili ad azione od omissioni commessi dall'Assicurato con dolo;
2) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
3) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo o licenziato per giusta causa;
4) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'Art. 23 delle Condizioni Addizionali di assicurazione;
5) derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
6) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
7) relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("punitive or exemplary damages");
8) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente fra medico e paziente, 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, dirigente di secondo livello o di Primario. Tale esclusione non si applica per l'attività di carattere medico.

Art. 12) ULTERIORI ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale:

a) 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, dirigente di secondo livello o di primario.

Relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale, inoltre, per i danni e le responsabilità che si verifichino o insorgano in occasione:

b) di fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale.

c) di 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;

d) di 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, salvo quanto previsto al successivo art. 25 lettera a);

e) di 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 si trovino 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;

f) di furto;

o che derivino:

g) da produzione diretta di organismi geneticamente modificati.

L'assicurazione **R.C.T.** e **R.C.O.,** inoltre, non comprende i danni:

1) da detenzione o impiego di esplosivi;

2) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);

3) da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);

4) 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;

5) 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 telecomunicazioni;

6) 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.

Art. 13) ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi" (ad eccezione di quanto previsto all'art. 4 Medicina del Servizio Sanitario di Emergenza), intendendosi per tali:

1) la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori salvo i casi di interventi ambulatoriali, intesi per tali quelli che non richiedono anestesia generale;

2) la sutura di ferite traumatiche maggiori, salvo i casi che non richiedono anestesia generale;
3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4) il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti, salvo che l'Assicurato non sia in possesso anche dell'abilitazione e/o specializzazione all'Odontoiatria;
6) l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;
7) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, si precisa che sono coperti dalla presente polizza:

- esami endoscopici con prelievi bioptici;
- puntura parete toracica (toracentesi) per drenaggio liquido pleurico, addominale (paracentesi), regione tiroidea (valutazione noduli) e biopsia epatica;
- puntura arteriosa per prelievi e/o infusione di farmaci.

Art. 14) PREMIO, DURATA, PROROGA E DISDETTA DELLA CONVENZIONE E DEI SINGOLI ASSICURATI

Alla stipula della presente Convenzione il Contraente non versa alcun premio.
Alla stipula della copertura di cui alla presente Convenzione l'Assicurato versa il premio previsto nella "TABELLA PREMI", che forma parte integrante del presente contratto, direttamente al broker.
Il broker s'impegna a comunicare l'avvenuto incasso ed a trasmettere il modulo di adesione regolarmente compilato e firmato dall'Assicurato stesso.
A seguito del pagamento avvenuto, la Compagnia rilascerà all'Assicurato un regolare certificato, contenente i dati relativi alla copertura, che costituisce altresì quietanza dell'avvenuto pagamento del premio.
La presente polizza convenzione ha decorrenza dalle ore 00:00 del 01/03/2017 e scadenza alle ore 00:00 del 01/03/2020.
In assenza di disdetta da parte della Contraente o della Compagnia, notificata con lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima di ciascuna scadenza annuale della polizza, quest'ultima si intende prorogata di un anno e così successivamente. Per i singoli assicurati l'adesione alla presente Convenzione si intende senza tacito rinnovo.

Art. 15) ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE E RINNOVO DELLA COPERTURA

Gli Associati a **SIMI - Società Italiana di Medicina Interna** possono aderire alle coperture assicurative previste dalla presente convenzione compilando e sottoscrivendo il modulo di adesione e corrispondendo il relativo premio. La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio dovuto o da quella riportata sul modulo di adesione se successiva. A seguito dell'avvenuto pagamento la Compagnia invierà all'Assicurato un regolare certificato contenente i dati relativi alla sua copertura. Se l'Assicurato non paga le rate di premio successive troverà applicazione l'Art. 1901 del C.C.
Fermo quanto previsto dall'articolo 5 "Inizio e temine della garanzia - formula claims made", in materia di continuità rispetto a precedenti polizze assicurative.

In ogni caso, anche nell'evenienza che il broker non abbia segnalato un nominativo assicurato farà fede, per la dimostrazione dell'esistenza della copertura assicurativa, la copia del bonifico effettuato per il pagamento del premio stesso da parte dell'Assicurato.

Art. 16) STUDIO ASSOCIATO

E' data facoltà di intestare la copertura ad uno Studio Associato, sempre che gli Assicurati persone fisiche che godono della copertura prevista dall'Articolo 3 delle Condizioni del contratto di assicurazione in convenzione, siano associati.
L'assicurazione è prestata sia per la RC Professionale della Persona identificata nel certificato sia per i danni a terzi o a dipendenti a condizione che tutti gli altri Associati abbiano anche loro aderito alla presente convenzione; in caso contrario l'Assicurato sarà coperto solo per la Responsabilità Civile Professionale..
Qualora ci si trovi in presenza di altra polizza, operante per il medesimo rischio, verrà applicato il criterio del "pro quota".

Art. 17) MEDICO IN SOSTITUZIONE

Premesso che l'Assicurato ha facoltà di farsi sostituire, nell'espletamento della sua attività professionale, esclusivamente da soggetti abilitati ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale, si considera in garanzia, ai termini della presente convenzione, per la responsabilità civile personale anche il suddetto sostituto per l'attività svolta in sostituzione dell'Assicurato.

Art. 18) S.O.S.

Resta inteso fra le Parti di estendere la copertura assicurativa alle multe e/o ammende per erronea interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), a condizione che l'erronea interpretazione non sia intenzionale e/o sia la conseguenza di erronee interpretazioni di regolamenti forniti dall'Associazione di categoria.
L'esposizione massima degli Assicuratori non eccederà il limite di Euro 10.000,00 per avvenimento ed in aggregato annuo.
La presente clausola è intesa integrare le previsioni dell'Art. 1 delle Condizioni Addizionali della Convenzione, dove si statuisce l'inclusione della "Responsabilità personale del Responsabile dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D. Lgs. N. 81/2008, ex 626/94. E' ulteriormente convenuto che l'azione in surroga condotta dall'INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione s' intende inclusa in questa copertura.

Art. 19) RESPONSABILITA' SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la Responsabilità Civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Art. 20) RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Compagnia, salvo il caso di dolo o diversa autorizzazione scritta dell'Assicurato, rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'articolo 1916 del codice civile, fatta eccezione per quanto previsto all'art. 2 "COLPA LIEVE ESTESA ALLA COLPA GRAVE" ultimo paragrafo.

Art. 21) COESISTENZA DI COPERTURE DIVERSE PER IL MEDESIMO RISCHIO

In caso di coesistenza di questa con altre polizze, operanti per il medesimo rischio, saranno integralmente applicabili le disposizioni di cui all'art. 1910 del codice civile.

Art. 22) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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. La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché ciò sia involontario e/o conseguenza di inesatte interpretazioni di norme vigenti, conseguenti a eventuali indicazioni date da un'Associazione di categoria.

Art. 23) ESTENSIONE TERRITORIALE

Le garanzie tutte della presente convenzione, valgono per i sinistri che avvengano nel territorio di tutti i Paesi Europei.

Art. 24) TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE AMICHEVOLE

Ai sensi e per gli effetti della legge 9 agosto 2013, n. 98, di conversione con modificazioni del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, è entrato in vigore, con decorrenza dal 20 settembre 2013, l'obbligo della conciliazione, ovvero il procedimento di mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in materia di controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria (compreso quella inerente il personale sanitario non medico), di risarcimento del danno derivante da diffamazione a mezzo stampa o con altri mezzi di pubblicità, di contratti bancari e finanziari. Essendo tutte queste parti obbligate a costituirsi nel procedimento di mediazione, le relative decisioni saranno vincolanti anche nei loro confronti. Per quanto concerne la materia dei contratti assicurativi, l'obbligo di mediazione si estende alle sole controversie che s'instaurano direttamente tra Assicurato ed Assicuratore in ordine all'operatività della garanzia assicurativa.
Sono invece escluse dall'obbligo tutte le liti in cui l'Assicurato è citato in giudizio dal Danneggiato e la Compagnia viene chiamata in garanzia, con l'eccezione delle controversie in materia sanitaria suddette. Il Soggetto che intenda accedere alla mediazione, dovrà rivolgersi a un organismo di mediazione autorizzato e registrato presso il Ministero della Giustizia che, a sua volta, incaricherà un mediatore (parimenti autorizzato) di eseguire il tentativo di conciliazione.

Art. 25) COMMITTENZA

L'Assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:

a) danni causati a terzi da Suoi dipendenti o connessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al P.R.A..
   La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati alle persone trasportate;
b) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo Studio assicurato.

Art. 26) DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

L'Assicurato, entro i 15 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, è obbligato a trasmettere all'Agenzia della Compagnia, per il tramite del Broker, ogni Richiesta di Risarcimento ricevuta.
L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Compagnia, 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.

La Compagnia assume, a nome dell'Assicurato, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile sia penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito nella convenzione per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato, superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Compagnia e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Compagnia non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde delle spese di giustizia penale.

Art. 27) PREMIO ANNUO E LIMITI DI INDENNIZZO

La presente convenzione prevede premi e limiti di indennizzo, per sinistro e per anno assicurativo, in conformità alla scelta dell'Assicurato al tempo dell'adesione, come da "TABELLA PREMI".

* * * * * *

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Operanti in forma automatica ove ne ricorrano i presupposti)

Art. 28) DIRETTORE SANITARIO – RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA

Ad integrazione delle Condizioni di copertura nell'assicurazione sono compresi i danni alle persone ed a cose involontariamente cagionati a terzi da fatto di collaboratori di cui l'Assicurato debba rispondere in relazione alla Sua funzione di Direttore Sanitario o Responsabile di Struttura Complessa, dirigente di secondo livello o di primario. Resta espressamente esclusa dalla garanzia la responsabilità Civile derivante all'Assicurato da fatti connessi all'attività di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale.

Art. 29) ATTIVITÀ DI MEDICO LEGALE E/O MEDICO COMPETENTE E/O MEDICO FISCALE – PERIZIE – CONSULENZE CERTIFICAZIONI (garanzia perdite patrimoniali)

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale, nonché in relazione a perizie, consulenze e certificazioni.
La presente garanzia viene estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (Unità complesse cure primarie), nonché alla partecipazione dell'assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.
Si precisa che la garanzia non è in ogni caso operante per i danni patrimoniali da rivalsa esercitata a seguito della comminazione di sanzioni IVASS, nonché per i danni di carattere amministrativo che prevedano un coinvolgimento della Corte dei Conti.
Si conviene fra le Parti che la copertura assicurativa è valida per l'attività professionale dichiarata nel modulo di adesione e riportata sul certificato.

Emessa in due esemplari ad un solo effetto il 01/03/2017

LA COMPAGNIA	IL CONTRAENTE
PartnerRe Ireland Insurance dac (Designated Activity Company) per delega speciale MARINTEC S.r.l.	SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA INTERNA

Agli effetti degli Art. 1341 e 1342 del Codice Civile, le Parti dichiarano di conoscere il contenuto delle Condizioni sopra menzionate e di approvare specificamente le seguenti clausole delle Condizioni Addizionali:

Condizioni Generali:
Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato e Aggravamento del Rischio
Art. 3 - Recesso in caso di sinistro
Art. 6 - Foro competente

Condizioni Addizionali

Art. 5 - Inizio e termine della garanzia (formula "Claims Made")
Art. 11 - Esclusioni
Art. 12 - Ulteriori Esclusioni
Art. 13 - Esclusione degli Interventi Invasivi
Art. 19 - Responsabilità solidale
Art. 23 - Estensione Territoriale
Art. 24 - Tentativo obbligatorio di Conciliazione amichevole
Art. 26 - Denuncia dei sinistri e gestione delle vertenze di danno - spese legali
Art. 27 – Premio annuo e limiti di indennizzo

IL CONTRAENTE

Data Roma, 13/3/2017

SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA INTERNA

TABELLA PREMI

Si conviene fra le Parti di assegnare agli Aderenti alla

Società Italiana di Medicina Interna

PREMI ANNUI COMPRENSIVI DI ACCESSORI E IMPOSTE:

ATTIVITA'		Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione	
		€ 2.000.000,00	**€ 3.000.000,00**
01	Specialista in Medicina Interna **SENZA** *Accertamenti diagnostici invasivi* (Colpa lieve estesa alla Colpa Grave)	€ 600,00	€ 700,00
02	• Specialista in Medicina Interna Dipendente Esclusivista CON Accertamenti diagnostici invasivi • Specialista in Medicina Interna Dipendente senza esclusività che **NON** effettua accertamenti invasivi diagnostici in libera professione (Colpa lieve estesa alla Colpa Grave)	€ 900,00	**Non Previsto**
03	• Specialista in Medicina Interna Libero Professionista **CON** Accertamenti diagnostici invasivi • Specialista in Medicina Interna Dipendente senza esclusività che effettua accertamenti invasivi diagnostici in libera professione (Colpa lieve estesa alla Colpa Grave)	€ 2.200,00	**Non Previsto**
03	Specializzando (fino al compimento del 34esimo anno di età) (Colpa lieve estesa alla Colpa Grave)	€ 270,00	**Non Previsto**

Nel caso in cui la data di decorrenza della garanzia non coincida con la data di decorrenza della Polizza convenzione 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 di mesi 6(sei).

Genova, 01/03/2017

LA COMPAGNIA
PartnerRe Ireland Insurance dac
(Designated Activity Company)
per delega speciale
MARINTEC S.r.l.

IL CONTRAENTE
SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA INTERNA

INFORMATIVA
AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI
Il trattamento
a) è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) - di seguito denominata "PRII d.a.c." - delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui "PRII d.a.c." è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
b) può anche essere diretto all'espletamento da parte di "PRII d.a.c." delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi;

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO
Il trattamento
a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
b) È effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
c) È svolto dall'organizzazione del Titolare e/o con l'ausilio di soggetti esterni, il cui elenco è disponibile presso il Titolare. Detti soggetti esterni operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI
La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso PRII d.a.c. che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker). Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:
a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica di PRII d.a.c.;
c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI
L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali
a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI
I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle

comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio di PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) (PRII d.a.c.) con sede in Irlanda all'indirizzo:
The General Manager, PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company), 5th Floor, Block 1, The Oval, 160 Shelbourne Road - Dublin 4, Ireland e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare all'indirizzo email: clive.kelly@partnerre.com, ai sensi dell'art 7 del Codice.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO
L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della modalità e delle finalità del trattamento; di venire a conoscenza della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Codice; di essere messo a conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, o di incaricati; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Codice.

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO
Titolare del trattamento è PartnerRe Ireland Insurance d.a.c. (Designated Activity Company) (PRII d.a.c.) con sede in Irlanda all'indirizzo: 5th Floor, Block 1, The Oval, 160 Shelbourne Road – Dublino 4, Irlanda.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,
ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute[1];
b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo Roma L'Interessato (Nome e Cognome leggibili) FRANCESCO PERICONE

Data 13/3/2017 Firma SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA INTERNA

c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo Roma L'Interessato (Nome e Cognome leggibili) FRANCESCO PERICONE

Data 13/3/2017 Firma SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA INTERNA

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

[1] Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte di PRII d.a.c. di ulteriori dati sensibili, Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.