MINISTERO DELLA SALUTE

Via G. Ribotta, 5 – 00144 ROMA
C.F. 80242250589

Lotto unico

Polizza RESPONSABILITA' CIVILE

Durata: dalle ore 24,00 del 31.12.2014
alle ore 24,00 del 31.12.2017

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione, e cioè il **Ministero della Salute – Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale – Ufficio II**
Assicurato:	i soggetti nel cui interesse è stata stipulata l'assicurazione ed ai quali spettano i diritti derivanti dal contratto
Società:	l'impresa assicuratrice
Broker:	la Marsh S.p.A.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Cose:	sia gli oggetti materiali sia gli animali
Danno materiale:	ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa
Danno corporale:	il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici, nonché il danno morale
Danno patrimoniale:	il pregiudizio economico, risarcibile a termini di polizza, che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Indennizzo/risarcimento:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Scoperto/Franchigia:	la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
Periodo di validità:	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta all'art. 4 della Sezione 2 di polizza e la data di scadenza del contratto o di cessazione dell'assicurazione
Massimale per sinistro:	la massima esposizione della Società per ogni sinistro

Sezione 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio
In deroga agli artt.1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, cosi come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della medesima, nonché qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso, dei suoi amministratori e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, non pregiudicheranno questa assicurazione, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.
Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 2 – Diminuzione del rischio
Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalla data di effetto da parte della Società.
A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla decorrenza della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il termine di 90 giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.
Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).
I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.
Ai sensi dell'art. 48 bis del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 4 – Durata del contratto
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2014 e scadrà alle ore 24 del 31/12/2017, senza tacito rinnovo alla scadenza finale.
Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annua con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 150 (centocinquanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.
La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza del 31/12/2017, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 30 giorni.
Il contratto forma rischio comune con la polizza Infortuni stipulata per le stesse categorie di personale assicurato, come disciplinato nel bando della gara a lotto unico indetta dal

Contraente per la copertura dei rischi. Conseguentemente, l'eventuale rescissione di un contratto comporterà la rescissione automatica anche dell'altro.

Art. 5 – Modifiche dell'assicurazione
Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 6 – Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 150 giorni da darsi con lettera raccomandata A.R.
In ambedue i casi di recesso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente/Assicurato e conseguente riduzione del premio.
Poiché il contratto forma rischio comune con la polizza Infortuni stipulata per le stesse categorie di personale assicurato, come disciplinato nel bando della gara a lotto unico indetta dal Contraente per la copertura dei rischi, l'eventuale recesso del contratto per sinistro comporterà il recesso dalla stessa data anche dell'altro.

Art. 7 – Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telegramma, telefax, posta certificata o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

Art. 8 – Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 9 – Foro competente
Per le controversie relative al presente contratto è competente esclusivamente l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 10 – Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 11 – Interpretazione del contratto
Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio
La Società, con cadenza quadrimestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.
Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.
La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente, per il tramite del broker, mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.
Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 13 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.
La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Parimenti, le dichiarazioni a stampa di polizza del Contraente/Assicurato s'intendono nulle e prive di effetto essendo note alla Società tutte le circostanze determinanti per la valutazione del rischio.

Art. 14 – Clausola broker
Il Contraente incarica la Marsh S.p.A. della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni, in qualità di Broker ai sensi della L.792/84 come modificata dal D. Lgs. 07/09/2005 n. 209 (Nuovo Codice delle Assicurazioni Private).
Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 6%.

Art. 15 – Ripartizione dell'assicurazione e delega (clausola opzionale)
L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.
Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.
La Spettabile _____, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.
Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile _____, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.
Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.
La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla legge n. 136/2010

a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla Legge n. 136/2010.
b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della Legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione Appaltante.
c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.
   La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della Legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 17 – Regolazione premio

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo, degli elementi presi come base per il conteggio del premio.
A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio, e cioè: **il numero degli Assicurati di cui alle categorie A), B) e C).**
Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.
Si conviene che non si procederà a regolazione qualora il numero complessivo degli Assicurati, a consuntivo, dovesse essere inferiore del 10% - in aumento o in diminuzione – del totale degli Assicurati inizialmente dichiarati per ogni annualità, a prescindere dalla loro collocazione nelle categorie. Per la prima annualità il numero complessivo dichiarato è di **591** unità.
In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata, dopodiché le garanzie si intenderanno ridotte nelle medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore).
La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Sezione 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga – nei limiti dei massimali pattuiti – a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per danni involontariamente causati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione ai rischi indicati nell'attività descritta in polizza.
L'assicurazione vale per le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente dalla fonte giuridica invocata (norme di legge nazionali, estere, internazionali, comunitarie, usi e costumi, giurisprudenza ed ogni altra norma giuridica ritenuta applicabile) ed indipendentemente dall'autorità competente giudiziaria o arbitrale (nazionale, estera, internazionale).
L'assicurazione vale anche:

- per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente/Assicurato da fatto colposo o doloso di persone del cui operato debba rispondere;

- per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS o Enti analoghi ai sensi dell'art. 14 della legge 12 giugno 1984 n. 222, così come per le azioni di surroga ex art. 1916 C.C. esercitate dall'INAIL.

Art. 2 – Precisazioni ed estensioni di garanzia
A puro titolo esemplificativo e senza che ciò possa comportare limitazioni di sorta alle garanzie assicurative prestate con il presente contratto, si precisa che l'assicurazione vale anche per i seguenti rischi:
1. danni derivanti dall'uso di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici;
2. danni derivanti dall'uso di apparecchi per la diatermia, l'elettroterapia e la laserterapia di superficie;
3. danni derivanti dall'effettuazione di piccoli interventi chirurgici ambulatoriali sulla cute effettuati in via occasionale o per esigenze di urgenza, compresi eventuali danni conseguenti di natura estetica e fisiognomica;
4. danni derivanti dall'attività di servizio di guardia medica ed intervento di urgenza;
5. danni derivanti da vizio di acquisizione del consenso informato al paziente o da non corretta o non compiuta redazione dei referti o delle cartelle cliniche; la presente estensione viene prestata per ogni sinistro con uno scoperto del 10% del danno con il minimo di € 5.000,00;
6. danni colposamente cagionati a terzi, compresi i pazienti, in relazione all'utilizzazione di locali adibiti a studio medico professionale ed all'uso delle attrezzature ivi esistenti.

L'assicurazione viene inoltre estesa:
7. alla responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, per perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali dei pazienti, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamenti illeciti, con esclusione delle multe e delle ammende inflitte direttamente all'Assicurato per fatto dell'Assicurato stesso. La presente garanzia viene prestata per ogni sinistro con uno scoperto del 10% del danno con il minimo di € 516,00 e con un sottolimite di indennizzo, per sinistro e per anno assicurativo, pari ad 1/10 del massimale di polizza.

Art. 3 – Esclusioni
L'assicurazione non comprende i danni:
- provocati dall'Assicurato durante l'esercizio dell'attività descritta in polizza in difformità dei requisiti previsti dalle leggi vigenti oppure senza l'iscrizione, se prevista, al relativo albo professionale;
- imputabili ai rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria come previsto dal D. Lgs. 209/2005 e s.m.i.;
- derivanti dalla detenzione e/o impiego di esplosivi;
- da detenzione od impiego di sostanze radioattive od apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, nonché i danni conseguenti a trasmutazione del nucleo dell'atomo o da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- derivanti da campi elettromagnetici;
- di qualunque natura, comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivanti, seppur in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto, l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto.

Art. 4 – Efficacia temporale delle garanzie
La presente assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità del presente contratto, sempreché tali richieste siano relative a fatti colposi posti in essere in data non anteriore al 31.12.2008 (6 anni).

Art. 5 - Novero dei terzi
Si conviene fra le parti che tutti i soggetti, sia persone fisiche che giuridiche, agli effetti della presente polizza vengono considerati terzi.

Art. 6 – Estensione territoriale
L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 7 – Altre assicurazioni
Ove sussistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, per quanto coperto di assicurazione con la presente polizza ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.
Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde soltanto nella misura risultante dall'applicazione dell'art.1910 C.C.
Gli scoperti e/o franchigie previsti dalla presente polizza si intendono non cumulabili con quelli previsti dalle predette altre assicurazioni. Gli scoperti e/o franchigie della presente polizza, se inferiori, si intendono assorbiti dagli scoperti e/o franchigie previsti dalle predette altre polizze; se superiori, valgono solo per differenza.
Il Contraente/Assicurato è esonerato dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve comunicare l'esistenza di eventuali altre coperture e in tal caso deve comunicare il sinistro a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 8 – Rinuncia alla rivalsa
La Società rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti dei dipendenti del Contraente/Assicurato, di chi debba rispondere od altri soggetti che collaborano con il Contraente/Assicurato, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo dei soggetti sopra indicati.

Art. 9 – Obblighi in caso di sinistro
In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve inviare avviso iscritto alla Società entro 30 giorni dall'evento o dal momento in cui il Contraente/Assicurato ne abbia avuto conoscenza.
In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro, deve darne avviso scritto alla Società entro 30 giorni dall'evento o dal momento in cui il Contraente/Assicurato stesso ne è venuto a conoscenza.
L'inadempimento di tale obbligo può portare alla perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C., unicamente nel caso in cui l'inadempimento sia dovuto a dolo del Contraente/Assicurato.

Art. 10 – Gestione delle vertenze di danno e spese legali
La Società, nella tutela dei diritti e/o degli interessi dell'Assicurato, assume la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorre legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del/i danneggiato/i.
Qualora la tacitazione del/i danneggiato/i intervenga durante l'istruttoria, l'assistenza legale verrà ugualmente fornita se il Pubblico Ministero abbia già, in quel momento, deciso e/o richiesto il rinvio a giudizio dell'Assicurato.
La Società si impegna a comunicare in tempo utile all'Assicurato la designazione del legale incaricato, nonché a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.
Sono a carico della Società le spese relative alla difesa ed alla resistenza alle azioni contro l'Assicurato, sia dirette che per rivalsa, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. La Società non risponde di multe o ammende.

Sezione 3 - CATEGORIE E MASSIMALI ASSICURATi

Le garanzie prestate dalla presente polizza sono operanti per i rischi della responsabilità civile professionale verso terzi derivante ai sensi di legge all'Assicurato in relazione all'esercizio delle proprie attività professionali, consistenti nell'assistenza al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, comprese le visite professionali presso gli aeroporti o a bordo di navi in navigazione, in porto o in rada, per visitare ed eventualmente accompagnare in ospedale o strutture sanitarie assistiti ammalati nei casi in cui le condizioni fisiopatologiche degli stessi lo richiedano (art. 9/lett. d e art. 25/lett. r – ACN 63/2009).
Tale personale sanitario opera in rapporto convenzionale con il Contraente, erogando prestazioni di medicina specialistica, generale, medico-legale e comunque nell'ambito dei compiti propri della relativa professione, compresi quelli di carattere amministrativo connessi.
L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, comunque ed ovunque svolte ed attuate con ogni mezzo ritenuto utile o necessario, nessuna esclusa né eccettuata.
Si precisa altresì che:

1. l'assicurazione si intende estesa anche agli Assicurati che, nei casi previsti dall'accordo stipulato con il Contraente, sostituiscono gli Assicurati titolari dell'incarico;
2. l'attività professionale effettuata in aeroporto od a bordo di nave in navigazione, in porto o in rada, costituisce un evento occasionale considerato che l'attività prevalente viene svolta presso i poliambulatori del Contraente.

MASSIMALI E NUMERO ASSICURATI

I massimali per le garanzie di polizza sono i seguenti

- Massimale per sinistro: € 3.356.971,48
- Massimale per persona: € 2.065.827,70
- Massimale per danni a cose o animali: € 1.032.913,35

con i seguenti sottolimiti

Categoria A – *Medici generici, specialisti ambulatoriali – Biologi, chimici, psicologi*

- Massimale per sinistro: € 1.549.370,68
- Massimale per persona: € 1.032.913,80
- Massimale per danni a cose o animali: € 516.456,90

- Numero assicurati Categoria A): **195**

Categoria B – *Tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, fisioterapisti - Infermieri*

- Massimale per sinistro: € 774.687,00
- Massimale per persona: € 516.457,00
- Massimale per danni a cose o animali: € 258.228,00

- Numero assicurati Categoria B): **90**

Categoria C – *Medici fiduciari*

- Massimale per sinistro: € 1.032.913,80
- Massimale per persona: € 516.456,90
- Massimale per danni a cose o animali: € 258.228,45

- Numero assicurati Categoria C): **306**

* * *

CONTEGGIO DEL PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO

Cat. A – Numero assicurati: 195 x € _____ = € _____

Cat. B – Numero assicurati: 90 x € _____ = € _____

Cat. C – Numero assicurati: 306 x € _____ = € _____

TOTALE PREMIO COMPLESSIVO ANNUO LORDO ANTICIPATO: € _____

IL CONTRAENTE LA SOCIETA'

_____ _____