



UNIPOLSAI COLPA GRAVE

Contratto di Assicurazione della Colpa Grave del Dipendente di Aziende Sanitarie Private

Modello 2001/4502 – Ed. 15/02/2018

FASCICOLO INFORMATIVO

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- a) Nota informativa comprensiva del Glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Informativa privacy

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa.

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINA

A • INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

- | | |
|--|--------|
| 1. Informazioni generali | 2 di 7 |
| 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa | 2 di 7 |

B • INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

- | | |
|---|--------|
| 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni | 2 di 7 |
| 4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio | 3 di 7 |
| 5. Aggravamento e diminuzione del Rischio | 3 di 7 |
| 6. Premi | 3 di 7 |
| 7. Rivalse | 4 di 7 |
| 8. Diritto di recesso | 4 di 7 |
| 9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto | 4 di 7 |
| 10. Legge applicabile al contratto | 4 di 7 |
| 11. Regime fiscale | 4 di 7 |

C • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

- | | |
|---|--------|
| 12. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo | 4 di 7 |
| 13. Reclami | 4 di 7 |

GLOSSARIO

5 di 7

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINA

- | | |
|---|---------|
| 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE | 2 di 10 |
| 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA COLPA GRAVE | 4 di 10 |
| 3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI | 7 di 10 |
| NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA | 9 di 10 |

3

INFORMATIVA PRIVACY

PAGINA

- | | |
|--|--------|
| Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti | 2 di 2 |
|--|--------|

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di Assicurazione "Colpa Grave del Dipendente di Aziende Sanitarie Private" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,
siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- **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 Polizza.**

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "**Avvertenze**" sono stampate su fondo colorato, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario Assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.7096584, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.528.469.295,01, con capitale sociale pari ad € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 3.117.825.796,04. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2016, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a 2,43 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto viene offerto senza tacito rinnovo annuale e cessa pertanto alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'Art. 1.3 "Non tacita proroga - Periodo di Assicurazione" delle Norme che regolano il contratto in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto con le modalità, i limiti e le esclusioni specificate in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

- a) **AZIONE DI RIVALSA PER COLPA GRAVE:** la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese), esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili totalmente o parzialmente allo stesso per colpa grave, nel caso di azione di rivalsa per colpa grave esercitata nei confronti dell'esercente la professione sanitaria operante nell'Azienda Sanitaria Privata ai sensi dell'art. 9 comma 6 della legge 24/2017;

- b) **AZIONE DI SURROGAZIONE:** la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese), esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili totalmente o parzialmente allo stesso per colpa grave, nel caso di azione di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, 1° comma Codice Civile, esperita dalla Società di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Privata come previsto dall'art. 9 della legge 24/2017;
- c) **RESPONSABILITA' CIVILE PER INTERVENTI DI PRIMO SOCCORSO:** l'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile relativa ai danni corporali involontariamente cagionati a terzi dall'Assicurato nell'esecuzione di interventi di primo soccorso effettuati per motivi deontologici e/o obbligo di solidarietà umana, indipendentemente dal grado di colpa attribuibile allo stesso.

La copertura può essere altresì personalizzata con l'acquisto delle Condizioni aggiuntive:

- Interventi di implantologia dentale
- Danni estetici e fisionomici limitatamente ai medici chirurghi (compresa la medicina estetica)

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia agli Artt. 2.1 "Oggetto dell'Assicurazione" e 2.2 "Estensione alla RC Professionale per interventi di primo soccorso e/o obbligo di solidarietà" delle Norme che regolano l'assicurazione della colpa grave.

Avvertenza: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione della garanzia che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Riguardo alle esclusioni si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 2.5 "Esclusioni" delle Norme che regolano l'assicurazione della colpa grave.

Segnaliamo che le coperture assicurative restano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell'Articolo 1901 del Codice Civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio in materia di sospensione in corso di contratto si rinvia a quanto previsto agli Artt. 1.1 "Decorrenza dell'Assicurazione" e 1.5 "Frazionamento del Premio" delle Norme che regolano il contratto in generale.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate nel limite del Massimale; inoltre sono prestate senza franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo, ad eccezione delle Condizioni aggiuntive per le quali sono previsti specifici Scoperti e limiti di Indennizzo per il dettaglio dei quali si rinvia all'Art. 2.7 "Condizioni aggiuntive" delle Norme che regolano l'assicurazione della colpa grave e/o alla Polizza.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di Scoperti e Massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento dello Scoperto:

1° esempio:

Limite di Indennizzo/Massimale: € 50.000,00

Danno: € 10.000,00

Scoperto: 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo: € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00

2° esempio:

Limite di Indennizzo/Massimale: € 50.000,00

Danno: € 3.000,00

Scoperto: 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo/Risarcimento: € 3.000,00 - € 500,00 = € 2.500,00 (in quanto lo Scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

Meccanismo di funzionamento del Massimale:

Massimale: € 50.000,00

Danno: € 60.000,00

Risarcimento: € 50.000,00

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio

Avvertenza: si avverte il Contraente che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze del Rischio, se influenti sulla corretta valutazione dell'entità del Rischio da parte della Società, possono comportare la perdita o la riduzione della somma spettante in caso di Sinistro e la cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si avverte il Contraente che le dichiarazioni inesatte e le reticenze, da lui rese in sede di conclusione del contratto, relative a circostanze che, se conosciute dalla Società, l'avrebbero indotta a valutare più grave il rischio assicurato e maggiore il premio per coprirlo, possono determinare la riduzione, la perdita dell'Indennizzo, la cessazione dell'Assicurazione, secondo quanto previsto dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.6 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" delle Norme che regolano il contratto in generale.

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio

L'Assicurato/Contraente deve comunicare in forma scritta alla Società ogni aggravamento del Rischio, pena la possibile perdita del diritto all'Indennizzo o sua riduzione o la cessazione del contratto stesso ai sensi dell'Articolo 1898 del Codice Civile. E' altresì possibile comunicare l'avvenuta diminuzione del Rischio: in tal caso la Società è tenuta a ridurre il Premio a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata successiva alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi dell'Articolo 1897 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.7 "Aggravamento del Rischio" e 1.8 "Diminuzione del Rischio" delle Norme che regolano il contratto in generale.

1° esempio relativo ad aggravamento del Rischio

Al momento della stipulazione del contratto il Contraente ha dichiarato che l'attività svolta è medico specialista che non effettua interventi chirurgici, per cui la Società ha applicato il relativo Premio in relazione alla gravità del rischio. In seguito il Contraente viene inquadrato nel ruolo di medico che effettua interventi chirurgici. Qualora il Contraente non comunichi alla Società questo aggravamento di Rischio, in caso di Sinistro la Società ridurrà l'Indennizzo in proporzione all'aumento del Premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale aggravamento.

2° esempio relativo a diminuzione del Rischio

Al momento della stipulazione del contratto il Contraente ha dichiarato che l'attività svolta è medico specialista che effettua interventi chirurgici. In seguito però il Contraente viene inquadrato nel ruolo di medico specialista che effettua solo atti invasivi e lo comunica alla Società che applicherà una corrispondente riduzione del Premio a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata di Premio successiva alla comunicazione ricevuta.

6. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'Articolo 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla Legge e attivati presso l'intermediario. Il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali o trimestrali o quadrimestrali oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione del contratto.

L'eventuale frazionamento è indicato nella Polizza.

Si rinvia per gli aspetti di dettaglio agli Artt. 1.4 "Pagamento del Premio" e 1.5 "Frazionamento del Premio" delle Norme che regolano il contratto in generale.

7. Rivalse

Il contratto assicurativo non prevede ipotesi di rivalsa nei confronti degli Assicurati da parte della Società.

8. Diritto di Recesso

Avvertenza: in caso di Sinistro la Società può recedere dal contratto, nel rispetto dei termini e delle modalità di cui all'Art. 1.11 "Recesso in caso di Sinistro" delle Norme che regolano il contratto in generale.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Per le assicurazioni di responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il Risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro 3 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'Articolo 1915 del Codice Civile.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'Articolo 180 del D. Lgs. N. 209/2005, Codice delle Assicurazioni Private, il contratto sarà soggetto alla Legge italiana se il Rischio è ubicato in Italia.

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale

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

Il Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore: 21,25% (oltre 1% quale addizionale antiracket).

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: in caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato devono comunicare entro 3 giorni per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Società la data, ora, luogo dell'evento all'origine del Sinistro, le modalità di accadimento e la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze e l'importo approssimativo del danno, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili per la rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni. I contenuti della denuncia devono essere anticipati con una comunicazione, fax o comunicazione e-mail, in caso di Sinistro grave.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 3.1 "Obblighi del Contraente o dell'Assicurato in caso di Sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

13. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati

per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Assistenza Specialistica Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)
Fax 02.51815353 e-mail reclami@unipolsai.it

Oppure utilizzando l'apposito modo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del Contraente di Polizza.

I reclami relativi al comportamento degli Intermediari iscritti alla Sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziarica, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di Risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

- **Anno:** periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** l'esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo presso l'Azienda Sanitaria Privata, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
- **Assicurazione:** contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto.
- **Atti invasivi:** atti medici praticati senza accesso a sala operatoria o emodinamica e/o senza ricorso ad anestesia totale o spinale mediante l'utilizzo a scopo terapeutico di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa nonché gli accertamenti diagnostici invasivi che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione di tessuti per introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.
- **Azienda Sanitaria Pubblica:** struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, la cui attività è soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti.
- **Contraente:** soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del premio.
- **Cose:** oggetti materiali e gli animali.
- **Danno:** il pregiudizio economico conseguente a distruzione o danneggiamento di Cose, a morte o a lesioni personali.
- **Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.
- **Interventi chirurgici:** atti medici praticati in sala operatoria con anestesia totale o parziale. Si precisa che si considerano a tutti gli effetti interventi chirurgici anche quelli effettuati in emodinamica.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Massimale:** la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo del Risarcimento in caso di Sinistro.
- **Perdita patrimoniale:** pregiudizio economico non conseguente a Danni.
- **Periodo Assicurativo – Annualità assicurativa:** in caso di Polizza di durata inferiore a 1 anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a 1 anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale.
- **Polizza:** documento che prova l'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.
- **Premio:** somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione.
- **Recesso:** scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.
- **Risarcimento:** somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
- **Rischio:** probabilità che si verifichi un Sinistro.
- **Scoperto:** importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in percentuale del danno indennizzabile.

- **Sinistro:** richiesta di Risarcimento per la quale è prestata l'Assicurazione avanzata nei confronti dell'Assicurato, relativa alla comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria Privata o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.
Con riferimento all' Art. 2.2 "Estensione alla RC Professionale per interventi di primo soccorso e/o obbligo di solidarietà", è il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
- **Società:** l'impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A..

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 15/02/2018

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. € 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P. IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Durata del contratto

Il Periodo assicurativo è stabilito nella durata di 1 Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Art. 1.3 - Non tacita proroga - Periodo di Assicurazione

Il contratto non è soggetto a tacita proroga, pertanto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le Parti. La Società comunque si impegna a mantenere operante la garanzia per un periodo di 15 (quindici) giorni successivi alla scadenza di Polizza.

Art. 1.4 - Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.5 - Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente al momento della stipula del contratto. Se la dichiarazione non è corretta, in quanto caratterizzata da informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile a condizioni di Premio più alte. In questo caso, se il Contraente rilascia tali dichiarazioni erronee o incomplete con coscienza e volontà - o se lo fa anche solo con colpa grave - la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento del contratto. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dal contratto (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

Art. 1.7 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti del Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al Risarcimento nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.8- 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 e/o dell'Assicurato ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia alla relativa facoltà di Recesso.

Art. 1.9 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.10 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte mediante PEC (Posta Elettronica Certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, oppure con lettera raccomandata o fax dirette all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

Art. 1.11 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta al Contraente.

Il recesso deve essere comunicato all'altra Parte con un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di efficacia del Recesso. Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa la parte del Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso.

L'eventuale incasso dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia alla facoltà di Recesso.

Art. 1.12 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente Polizza indicandone le somme assicurate.

In caso di Sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile. In particolare, in caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'omessa comunicazione di cui sopra determina la decadenza del diritto all'indennizzo se commessa con dolo.

Art. 1.13 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1.14 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato nel presente contratto, valgono le norme di legge.

Art. 2.1 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, entro i Massimali e i Limiti convenuti, di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese), esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili totalmente o parzialmente allo stesso per colpa grave in relazione alla qualifica e attività descritta in Polizza, nel caso di:

- Azione di rivalsa per colpa grave esercitata nei confronti dell'Esercente la professione sanitaria operante nell'Azienda Sanitaria Privata ai sensi dell'art. 9, comma 6, della legge 24/2017;
- Azione di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, 1° comma Codice Civile, esperita dalla Società di assicurazione dell'Azienda Sanitaria Privata come previsto dall'art. 9, comma 6, della legge 24/2017.

Nei limiti e nei termini sopra precisati, l'Assicurazione vale anche per quanto di seguito indicato:

- a) Radiazioni ionizzanti, non ionizzanti, materiale radioattivo. A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 2.5) Esclusioni - lettere n) e p) la garanzia comprende la responsabilità derivante all'Assicurato dall'impiego a scopo diagnostico e terapeutico di apparecchi a raggi X e di dispositivi relativi ad altre tecniche radianti e d'immagine, nonché l'utilizzo di sostanze radioattive, purché a scopo diagnostico e terapeutico. È esclusa ogni responsabilità connessa con la detenzione del materiale radioattivo stesso. L'Assicurazione è efficace a condizione che l'attività dell'Assicurato sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia, nonché delle prescrizioni della competente Autorità.
- b) Garanzia AIDS, virus C, virus DELTA. L'Assicurazione comprende i Danni e le Perdite patrimoniali involontariamente cagionati a terzi, direttamente o indirettamente attribuibili:
 - . all'HIV (virus da immunodeficienza umana) e/o a qualunque malattia collegata all'HIV incluso l'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e/o a fattori derivanti da mutazioni o variazioni di qualunque genere da essi provocati;
 - . al virus C e al virus DELTA.
- c) L'insorgenza di malattie conseguenti ad encefalopatia spongiforme (BSE), come a titolo esemplificativo l'encefalopatia spongiforme bovina o nuove varianti della malattia di Creutzfeldt - Jacob.
- d) Lo svolgimento dell'attività di telemedicina, di sperimentazione e di ricerca clinica.
- e) Errato trattamento dati personali
L'Assicurazione vale anche per i Danni e le Perdite patrimoniali derivanti dal D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni (Codice Privacy in vigore fino al 24 maggio 2018; dal 25 maggio 2018 sarà applicabile quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati), cagionati a terzi interessati in conseguenza del trattamento dei loro dati personali (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) non conforme alla normativa, purché non derivanti da comportamento illecito continuativo.
- f) Perdite patrimoniali
L'Assicurazione si estende alla responsabilità derivante all'Assicurato per le Perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività per conto dell'Azienda Sanitaria Privata di appartenenza. Resta comunque esclusa la responsabilità per le Perdite patrimoniali direttamente cagionate dall'Assicurato all'Azienda Sanitaria Privata di appartenenza.
- g) Interruzione o sospensione, mancato o ritardato inizio di attività di terzi
L'Assicurazione comprende i Danni e le Perdite patrimoniali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, artigianali, commerciali, agricole o di servizi esercitate da terzi, purché conseguenti a Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

Art. 2.2 - Estensione alla RC Professionale per interventi di primo soccorso e/o obbligo di solidarietà

In aggiunta agli eventi che danno origine ai Sinistri, l'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile relativa ai danni corporali involontariamente cagionati a terzi dall'Assicurato nell'esecuzione di interventi di primo soccorso effettuati per motivi deontologici e/o obbligo di solidarietà umana, indipendentemente dal grado di colpa attribuibile all'Assicurato.

Art. 2.3 - Condizioni di validità dell'Assicurazione

L'Assicurazione è valida a condizione che l'attività professionale sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Assicurato sia iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine, ove previsto. Inoltre l'Assicurazione è operante esclusivamente per l'attività professionale svolta dall'Assicurato per conto dell'Azienda Sanitaria Privata di appartenenza.

La radiazione o la sospensione dell'Assicurato, per qualsiasi motivo, dall'Ordine professionale determinano la cessazione dell'Assicurazione a decorrere dalla data stessa della radiazione o sospensione.

Art. 2.4 - Persone non considerate terze

Non sono considerati terzi:

- a) le persone coniugate o unite civilmente o conviventi di fatto, i genitori e i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- b) i Prestatori di lavoro dell'Azienda Sanitaria Privata, salvo che fruiscono personalmente delle prestazioni sanitarie in qualità di pazienti.

Art. 2.5 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per i Sinistri:

- a) derivanti dallo svolgimento abusivo della professione sanitaria e/o non rientranti nella competenza professionale stabilita dalla legge o dai regolamenti;
- b) conseguenti a responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivanti dalla legge e/o dai poteri ad esso demandati;
- c) conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di denaro, preziosi o titoli al portatore;
- d) relativi a furto, rapina o incendio;
- e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo, nonché a danno ambientale;
- f) derivanti da mancata, errata o insufficiente stipulazione di garanzie o assicurazioni, nonché dal mancato o ritardato pagamento dei relativi premi;
- g) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, comprese quelle aeroportuali, di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- h) derivanti da scelte di natura discrezionale che esulano e/o esorbitano i poteri conferiti dalla legge e regolamenti;
- i) derivanti da responsabilità conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali derivanti dal ruolo di Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario, Coordinatore infermieristico;
- j) derivanti dall'attività di sperimentazione e ricerca farmacologica e dalla riproduzione/fecondazione assistita;
- k) di natura estetico-fisionomica conseguenti ad interventi di chirurgia estetica nonché dalla pratica della medicina estetica, salvo quanto previsto dalla Condizione aggiuntiva 37 "Danni estetici e fisionomici limitatamente ai medici chirurghi";
- l) derivanti dalla pratica dell'implantologia dentale, salvo quanto previsto dalla Condizione aggiuntiva 36 "Interventi di implantologia dentale";
- m) derivanti, sia direttamente che indirettamente, da attività biotecnologiche e di ingegneria genetica, dalla produzione, trattamento, sperimentazione, distribuzione, stoccaggio o qualsiasi altro utilizzo o conservazione di organismi geneticamente modificati (O.G.M.);
- n) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.), salvo quanto disposto dalla garanzia di cui all'Art. 2.1) Oggetto dell'Assicurazione lett. a) - Radiazioni ionizzanti, non ionizzanti, materiale radioattivo;
- o) derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto;
- p) derivanti da campi elettromagnetici in genere, salvo quanto disposto dalla garanzia di cui all'Art. 2.1) Oggetto dell'Assicurazione lett. a) - Radiazioni ionizzanti, non ionizzanti, materiale radioattivo;
- q) relativi a Perdite patrimoniali derivanti da multe, ammende e/o sanzioni inflitte direttamente all'Assicurato.

E' inoltre esclusa dall'Assicurazione la responsabilità civile derivante dall'attività che eventualmente l'Assicurato dovesse esercitare privatamente in qualità di libero professionista.

Art. 2.6 - Franchigia/Scoperto

L'Assicurazione viene prestata senza l'applicazione di alcuna Franchigia e/o Scoperto.

Art. 2.7 - Condizioni aggiuntive (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Condizioni aggiuntive di seguito proposte. La condizione sarà operante solo se indicata in Polizza e se è stato pagato il relativo Premio.

36) Interventi di implantologia dentale

A deroga di quanto indicato all'Art. 2.5 Esclusioni - lettera l), sono compresi in garanzia i Danni e le Perdite patrimoniali conseguenti ad interventi di implantologia.

Limitatamente a tali tipi di intervento sono compresi i danni di natura estetico - fisionomica purché determinati da errore tecnico nell'intervento, con esclusione dalla garanzia delle pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno assunto dall'Assicurato.

Questa garanzia è prestata nel limite di 1/3 del Massimale per ciascun Sinistro indicato in Polizza, inteso come unico avvenimento e indipendentemente dal numero delle persone coinvolte. Resta inteso, comunque, che il massimo Risarcimento per uno stesso Periodo assicurativo annuo non potrà superare l'importo di 3 volte il suddetto limite, con il massimo di € 260.000,00.

La presente estensione di garanzia è prestata con lo Scoperto del 10% dell'importo di ogni Sinistro, con il minimo assoluto di € 1.000,00 e con il massimo di € 25.000,00.

37) Danni estetici e fisionomici limitatamente ai medici chirurghi (compresa la medicina estetica)

A deroga di quanto indicato all'Art. 2.5 "Esclusioni" - lettera k), sono compresi in garanzia i danni estetici e fisionomici conseguenti ad interventi di chirurgia estetica e di medicina estetica, purché determinati da errore tecnico nell'Intervento chirurgico o di altra natura, con esclusione comunque dalla garanzia delle pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

La presente estensione di garanzia s'intende prestata nel limite del Massimale per ciascun Sinistro indicato in Polizza e comunque con il massimo Risarcimento di € 100.000,00 per Sinistro e per Anno assicurativo. Resta a carico dell'Assicurato uno Scoperto del 10% per ogni Sinistro con il minimo di € 10.000,00 e il massimo di € 75.000,00 per la chirurgia estetica e con il minimo di € 5.000,00 e il massimo di € 25.000,00 per la medicina estetica.

Art. 2.8 - Massimale

L'Assicurazione s'intende prestata sino alla concorrenza:

- del Massimale indicato in Polizza, che deve intendersi quale massima esposizione della Società per ogni Sinistro. Tale importo risulta adeguato a quanto previsto dall'art. 9 comma 6 della legge n. 24 dell' 8 marzo 2017 e successive modifiche e integrazioni, in conformità a quanto indicato in Polizza;
- di un importo pari al triplo del Massimale indicato in Polizza, che deve intendersi quale massima esposizione della Società per Anno assicurativo, indipendentemente dal numero delle richieste pervenute ad un Assicurato nello stesso Anno assicurativo.

Art. 2.9 - Validità dell'Assicurazione

- a) L'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre 10 anni prima dalla data di effetto della copertura.
- b) Nel caso in cui la presente Assicurazione sostituisca, senza soluzione di continuità, altro contratto in corso per il medesimo Rischio con la Società o con altre confluite per fusione o incorporazione nella stessa Società, la garanzia è operante anche per le richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità della presente Assicurazione e conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di vigenza - comprensivo dell'eventuale retroattività - del contratto sostituito nonché dei precedenti sostituiti senza soluzione di continuità.
Il contratto sostituito s'intende privo di ogni effetto, pertanto qualsiasi richiesta di Risarcimento relativa a fatti commessi durante il periodo di vigenza dei contratti sostituiti verrà indennizzato alle condizioni di cui alla presente Assicurazione.
- c) Nei soli casi di scioglimento del rapporto assicurativo dovuto a cessazione definitiva dell'attività assicurata per qualsiasi causa, l'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato entro i 10 anni successivi alla data di cessazione dell'attività assicurata, purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di vigenza della Polizza. Il Massimale per anno disciplinato all'Art. 2.8 - Massimale rappresenta la massima esposizione della Società per una o più richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato nel suddetto periodo di proroga della garanzia.
La garanzia di cui al presente punto c) s'intende valida a condizione che venga emesso apposito documento di Polizza con incasso del relativo Premio. La richiesta dovrà essere presentata alla Società entro 90 giorni dalla data della cessazione dell'attività.
La presente ultrattività è estesa agli eredi.

Art. 2.10 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio di tutti i Paesi dell'Unione Europea, dello Stato Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e della Svizzera per conto dell'Azienda Sanitaria Privata.

Art. 2.11 - Vincolo di solidarietà

Nel caso di responsabilità solidale con altri soggetti, l'Assicurazione opera esclusivamente per la sola quota di danno direttamente e personalmente imputabile all'Assicurato, con esclusione quindi di quella parte di responsabilità che possa a lui derivare dal vincolo di solidarietà.

Art. 3.1 - Obblighi del Contraente o dell'Assicurato in caso di Sinistro

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- comunicare entro 3 giorni per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Direzione della Società la data, ora, luogo dell'evento all'origine del Sinistro, le modalità di accadimento e la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze e l'importo approssimativo del danno, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili per la rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni;
- anticipare i contenuti della comunicazione scritta con una comunicazione telegrafica, fax o comunicazione e-mail diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, nel caso in cui dall'evento siano derivate lesioni gravi o decessi;
- astenersi nella fase dell'istruzione del Sinistro da qualsiasi riconoscimento di responsabilità a meno che non risulti comprovata dalle prove emerse.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

Art. 3.2 - Gestione delle vertenze di danno - Spese di resistenza

La Società può assumere a nome dell'Assicurato la gestione delle vertenze, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso e con facoltà di designare legali, periti, consulenti o tecnici, in sede stragiudiziale e in sede giudiziale civile, fino alla definizione del Sinistro.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro i limiti di un importo pari al quarto del Massimale per Sinistro indicato in Polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite tra la Società e il Contraente e/o Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali, periti, consulenti o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

L'Assicurato è tenuto a comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le leggi lo prevedano o la Società lo richieda.

Testo Articoli del Codice Civile e della legge 24/2017 richiamati nel contratto

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza. In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1882 Nozione (dell'assicurazione)

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso il pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana

Art. 1888 Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di Sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto intervengono entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli Infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2049 Responsabilità dei padroni e dei committenti

I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

LEGGE 24/2017

Art. 9 – comma 6

In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

Ed. 15/02/2018



INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it.

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il suo agente/intermediario, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticiclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa comunitaria, al D. Lgs. 196/2003 ed alle autorizzazioni generali del Garante Privacy.
- Ad esempio, società di servizi informatici e telematici di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione
Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it