





FASCICOLO INFORMATIVO
(Regolamento IVASS n. 35 del 26 Maggio 2010)

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE GENERALE**

MEDICO-DENTISTA, ODONTOIATRA, IGIENISTA DENTALE

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO** formato da:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

IL CONTRAENTE DEVE PRENDERE VISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- CBL Insurance Europe Limited (di seguito anche la "Compagnia") è una compagnia di assicurazioni costituita e operante secondo le leggi irlandesi nella forma di società a responsabilità limitata. Questa Nota Informativa è rilasciata per conto di CBL Insurance Europe Limited, con il numero di registrazione C33526, regolata dalla Banca Centrale d'Irlanda all'indirizzo:
13 Fitzwilliam Street Upper
Dublin 2
Ireland
- I recapiti telefonici e fax sono rispettivamente:
Tel: 00353 1 7645640 – Fax: +353 1 672 5774
L'indirizzo email è brendan.malley@alliedrisk.ie
- CBL Insurance Europe Limited è soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland, organismo di vigilanza con sede in Irlanda ed è autorizzata a operare in Italia in Regime di Libera Prestazione di Servizi ed è iscritta all'elenco delle Imprese di assicurazione comunitarie con il Codice Ivass 10627. L'attività svolta da CBL Insurance Europe Limited in Italia è autorizzata dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) con il Numero di Iscrizione II.00378 e data di iscrizione 03/01/2008.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto di CBL Insurance Europe è pari ad € 7.109.061,00 ed è composto da un capitale sociale di € 3.768.902,00 e riserve patrimoniali per € 3.340.159,00.

L'indice di solvibilità di CBL Insurance Europe Limited riferito alla gestione danni, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 1.205%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto viene stipulato senza il tacito rinnovo, pertanto il contratto scade alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le Parti.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

- L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per propria colpa, errore od omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta .
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 21 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

AVVERTENZA: LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:

L'assicurazione è prestata nella forma « CLAIMS MADE » ossia volta a coprire le Richieste di Indennizzo avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di decorrenza convenuta (anche se retroattiva). Trascorsi 7 giorni dalla data in cui ha termine il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi dell'Assicuratore e nessuna denuncia di sinistro potrà essere accolta.

Sono escluse dall'assicurazione le Richieste di Indennizzo riconducibili a comportamenti dolosi o ad attività abusive. Altre cause di esclusione sono elencate all'articolo 26 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 21 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Per le ESCLUSIONI si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'art. 26 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: Le garanzie di polizza sono prestate con specifiche **Franchigie e/o Scoperti e sono altresì previsti **Massimali e Sottolimiti** e sono riportati nel **Modulo di Proposta** , nella **Scheda di Copertura o nelle Estensioni Facoltative**, nonché agli articoli **23 e 25** delle **Condizioni di Assicurazione**.**

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

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

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

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

<p>1° esempio Massimale: € 1.000.000,00</p>	<p>2° esempio Massimale: € 750.000,00</p>
---	---

Danno: € 15.000,00 Scoperto 10% con il minimo di € 5.000,00 Risarcimento: € 15.000,00 – 5.000,00 = € 10.000,00	Danno: € 350.000,00 Scoperto 10% con il minimo di € 5.000,00 Risarcimento: € 350.000,00 – 35.000,00 = € 315.000,00 (perché la somma in percentuale è superiore al minimo).
--	--

Meccanismo di funzionamento del massimale:

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

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

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 16 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

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

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

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 2 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

PRESENZA DI CAUSE DI NULLITÀ

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

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

- L'Assicurato deve avvisare l'Assicuratore per iscritto di fatti o circostanze che costituiscano un aggravamento del rischio; parimenti, qualsiasi diminuzione del rischio va segnalato all'Assicuratore in quanto potrebbe portare ad una riduzione del premio.
- Per maggiori dettagli circa le conseguenze della mancata comunicazione dell'aggravamento o diminuzione del rischio si rimanda al contenuto dell'articolo 6 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.
- Esempio di circostanza che determina la modificazione del rischio: per effetto di una nuova disposizione di legge il professionista assicurato è tenuto a garantire il proprio lavoro per i 25 anni successivi al termine dell'incarico (si precisa che questo esempio non è reale – si tratta solamente di un'ipotesi astratta).

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

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 6 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

6. **Premi**

- L'importo del premio, le modalità e la tempistica di pagamento del medesimo sono indicate nella Scheda di Copertura che forma parte integrante del contratto di assicurazione, nonché all'articolo 4 delle Condizioni di Assicurazione.
- L'importo del premio è calcolato sulla base del fatturato dell'ultimo esercizio fiscale al netto di oneri ed imposte senza obbligo di regolazione. Nel caso fosse stabilito tra le Parti che il premio sia calcolato sulla base di dati variabili e pertanto soggetto a regolazione, il tasso di regolazione verrà indicato nella Scheda di Copertura. In tal caso, entro trenta giorni dalla scadenza, l'Assicurato s'impegna a fornire il dato relativo all'ultimo fatturato disponibile ed il premio di regolazione verrà calcolato applicando il tasso di regolazione alla differenza tra fatturati dei due ultimi esercizi fiscali. In caso di differenza negativa nulla sarà dovuto all'Assicurato ed il premio indicato nella Scheda di Copertura risulterà comunque acquisito dall'Assicuratore.

7. **Rivalse**

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

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 14 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

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

8. **Diritto di recesso**

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

Per maggiori dettagli e modalità si rimanda al contenuto dell'articolo 9 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Al termine del periodo di assicurazione indicato nella Scheda di Copertura, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 7 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà essere denunciato dall'Assicurato.

Indipendentemente dal momento in cui l'Assicuratore ne sia informato, qualora l'Assicurato venga sospeso o radiato dal relativo Ordine Professionale o per qualsiasi ragione venga negata o ritirata

l'abilitazione all'esercizio della professione, gli effetti dell'assicurazione cessano automaticamente al verificarsi di tale circostanza e alla medesima data.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

- Il presente contratto è regolato dalle leggi della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della Legge 29 ottobre 1961 n. 1216 e successive modifiche ed integrazioni, all'aliquota di volta in volta applicabile. Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato (vedasi articolo 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE).

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'Assicurato deve fare denuncia scritta all'Assicuratore di ciascun sinistro immediatamente quando ne viene a conoscenza e comunque entro 30 giorni dall'avvenuta notifica di un'azione nei suoi confronti da parte di terzi.

Per maggiori dettagli circa le procedure liquidative si rimanda all'articolo 15 delle Condizioni di Assicurazione

13. Reclami

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

Christina Kelly
Alied Risk Management Limited
13 Fitzwilliam Street Upper
Dublin 2
Ireland
Tel: 00353 1 7645640
Fax: 00353 1 672 5774
email: christina.kelly@alliedrisk.ie

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

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

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

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

CBL Insurance Europe Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Chief Executive Officer
Brendan Malley



POLIZZA
Responsabilità Civile Professionale
Medico Dentista
Odontoiatra
Igienista Dentale

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

Il Contratto di Assicurazione è sottoscritto in collaborazione con **G&T Brokers Limited** con sede in 1 Gracechurch Street, 4th Floor, EC3V 0DD, London, Tel: 0203 141 6370, email: info@gandtbrokers.co.uk, e **CBL Europe Insurance Limited**, compagnia di assicurazioni soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland, organismo di vigilanza con sede in Irlanda, ed autorizzata a operare in Italia in Regime di Libera Prestazione di Servizi dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) con il Numero di Iscrizione II.00378 e data di iscrizione 03/01/2008.

* * *

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Definizioni

Le parti attribuiscono il seguente significato alle parole usate nella presente Polizza:

Assicurati	in caso di persona fisica si intende il Professionista indicato nel Modulo di Polizza; in caso di Studio Associato si intendono i professionisti che compongono lo Studio Associato indicato nel Modulo di Polizza, ed i cui interessi sono protetti dall'Assicurazione.
Assicuratori	CBL Insurance Europe
Circostanza	qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o qualsiasi altro, fatto, rilievo o contestazione, scritti o verbali, da cui possa ragionevolmente trarre origine una richiesta di risarcimento
Contraente	La persona fisica o lo Studio Associato indicati nel Modulo di Polizza, che stipula l'Assicurazione ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Cose	sia gli oggetti materiali, sia gli animali.
Danni Corporali	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.
Danni Materiali	il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).
Danno patrimoniale	È il danno alla sfera patrimoniale di terzi (pregiudizio economico non conseguente a morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose).
Franchigia	L'ammontare percentuale o fisso indicato nel Modulo di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascuna Perdita e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri. Gli Assicuratori pagheranno per ogni Perdita indennizzabile a termini del presente Contratto soltanto le somme eccedenti tale ammontare.
Massimale	l'ammontare che rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per ciascuna Perdita ed in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione. Tale importo è specificatamente indicato nel Modulo di Polizza. A tale importo vanno aggiunti i Costi e le Spese come indicato nelle definizioni che precedono. Qualora nel presente contratto sia prevista per una voce un "Sottolimito di Risarcimento" questo non è in aggiunta al Massimale ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per quella voce di rischio.
Modulo di Polizza	il documento allegato all'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la Decorrenza, la Scadenza, il Premio, gli eventuali altri dettagli

	dell'Assicurazione. Il Modulo di Polizza forma parte integrante del contratto.
Perdita	<p>I. l'obbligo di Risarcimento dei danni derivanti da sentenze o transazioni cui l'Assicurato sia tenuto per legge;</p> <p>II. Costi e Spese sostenuti da un Terzo che l'Assicurato sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale;</p> <p>III. Costi e Spese (soggette alla definizione che segue) sostenute dall'Assicurato con il consenso scritto degli Assicuratori nella attività di investigazione, monitoraggio, difesa o transazione relativa ad azioni, cause o procedimenti intentati contro l'Assicurato per Responsabilità Civile.</p>
Periodo di Assicurazione	il Periodo indicato nel Modulo di Polizza.
Polizza	il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
Questionario Proposta	<p>– il formulario attraverso il quale gli Assicuratori prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori anche ai sensi degli Artt. 1892-1893-1894 del Codice Civile.</p> <p>Il Questionario-Proposta forma parte integrante del contratto.</p>
Risarcimento	la somma dovuta dagli Assicuratori ai sensi della presente Polizza.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	la percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.
Sinistro	la notifica agli Assicuratori di un evento per il quale è prestata l'assicurazione

Art. 2 – Dichiarazioni relative alle Circostanze del rischio

Gli Assicuratori hanno determinato il Premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato, il quale è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori.

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'Assicurato relative a Circostanze tali che gli Assicuratori non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'Indennizzo.

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente polizza.

Art. 3 – Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile).

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque, contratte per lo stesso rischio, questo contratto opererà in 2° rischio e cioè per quella parte dell'ammontare dei danni e delle spese che eccederà il Massimale o i Massimali previsti da tali altre assicurazioni, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nel Modulo di Polizza e ferma la Franchigia/Scoperto a carico dell'Assicurato.

Art. 4 – Pagamento del Premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Eventuali premi e/o rate di premio frazionato successive alla prima debbono essere pagati nei giorni di scadenza previsti. In caso contrario l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente avrà pagato quanto da lui dovuto.

Art. 5 – Modifiche / Cessione dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche o cessioni dei diritti ed interessi della presente Assicurazione saranno considerate valide solo se dichiarate per iscritto dall'Assicurato e accettate dagli Assicuratori con relativa emissione di una appendice alla Polizza.

Art. 6 – Aggravamento o diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta agli Assicuratori di fatti o circostanze che aggravino il rischio e si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Se l'Assicurato comunica agli Assicuratori mutamenti che producono una diminuzione del rischio, si applicano le disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile e gli Assicuratori rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 7 – Cessazione e rinnovo del Contratto

Alla scadenza indicata nel Modulo di Polizza, il contratto cessa senza obbligo di disdetta; le Parti rinunciano alla tacita proroga prevista dall'art. 1899 del Codice Civile.

Se il Contraente intende rinnovare l'Assicurazione, le condizioni relative e il Premio del nuovo Contratto saranno determinati in base alle informazioni e dichiarazioni aggiornate, fornite dal Contraente stesso agli Assicuratori. In assenza di Reclami da parte di Terzi è concesso un periodo di tolleranza di 30 giorni dalla data di scadenza, per poter richiedere la quotazione di rinnovo; in caso di accettazione della proposta da parte del Contraente e dietro versamento del premio richiesto, la copertura riprenderà vigore dalle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato nel Modulo di Polizza, in caso contrario il Contraente dovrà versare il premio conteggiato in prorata.

Art. 8 – Casi di Cessazione dell'Assicurazione

Questa polizza cesserà nel caso di:

- decesso dell'Assicurato;
- cessazione da parte dell'Assicurato dell'esercizio della professione per pensionamento e/o cancellazione dall'Albo professionale;

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

Art. 9 – Recesso in caso di reclamo

Dopo ogni denuncia di qualunque reclamo e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto del Risarcimento, sia il

Contraente che gli Assicuratori hanno facoltà di recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 30 giorni. In caso di recesso da parte degli Assicuratori, gli stessi restituiranno al Contraente la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto delle imposte.

Art. 10 – Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 11 – Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale per le attività professionali svolte nei Paesi dell'Unione Europea ed equiparati (Svizzera, Norvegia, Islanda, Liechtenstein), Città del Vaticano e Repubblica di San Marino. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 12 – Foro competente

Per tutte le controversie derivanti o comunque connesse con il presente Contratto, Foro competente é esclusivamente quello del luogo di residenza o della sede legale del Contraente.

Art. 13 – Arbitrato

In caso di controversia tra Assicurato ed Assicuratori sulla natura della Richiesta di Risarcimento e sull'operatività della presente Polizza, si dovrà ricorrere ad un Arbitrato rituale, ai sensi dell' Art. 809 e seguenti del Codice di Procedura Civile, composto da tre arbitri uno nominato dall'Assicurato, uno dagli Assicuratori e il terzo arbitro sarà nominato dai primi due o in caso di disaccordo dal Presidente dell'Ordine dei MediciChirurghi, nella circoscrizione ove risiede l'Assicurato. Almeno uno dei tre arbitri sarà scelto tra i professionisti iscritti all'Albo Medici-Chirurghi, nella circoscrizione dove risiede l'Assicurato.

L'arbitrato dovrà svolgersi in Italia. Ciascuna delle Parti risponde delle spettanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro. Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 14 – Diritto di Surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, fino a concorrenza dell'indennizzo pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa dell'Assicurato. Nei confronti dei

dipendenti dell'Assicurato che con lui collaborano stabilmente, tali diritti di rivalsa saranno fatti valere soltanto se essi hanno agito con dolo.

Art. 15 – Obblighi delle Parti in caso di Richiesta di Risarcimento

L'Assicurato, entro i 30 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, è obbligato a trasmettere agli Assicuratori, anche a mezzo fax, anche tramite la G&T Brokers Limited: - ogni Richiesta di Risarcimento scritta ricevuta;

- ogni comunicazione o diffida scritta da lui ricevuta in cui un terzo esprima l'intenzione di attribuire all'Assicurato una responsabilità collegata alla professione;
- qualsiasi Circo stanza di cui l'Assicurato venga a conoscenza, che possa ragionevolmente dare adito ad una Richiesta di Risarcimento.

L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta degli Assicuratori, tutte le informazioni e l'assistenza del caso.

L'omessa denuncia durante il Periodo di Assicurazione concordato, comporta la perdita del diritto dell'Assicurato al Risarcimento.

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

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

In caso di dissenso sull'opportunità di resistere alle azioni legali, le Parti si rimetteranno al parere di un legale terzo qualificato da nominarsi di comune accordo dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Gli Assicuratori non potranno definire transattivamente alcuna Richiesta di Risarcimento senza il consenso scritto dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli Assicuratori e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una Richiesta di Risarcimento, l'obbligo risarcitorio degli Assicuratori per detta Richiesta di Risarcimento non potrà eccedere l'ammontare con il quale la Richiesta di Risarcimento avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i costi, gli oneri e le spese maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel Modulo di Polizza.

In caso di tardiva comunicazione, resterà a carico dell'Assicurato ogni maggior onere sofferto dagli Assicuratori, derivante dal ritardo.

Si concorda comunque che eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al Risarcimento, mentre il caso di colpa grave nell'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Risarcimento (art. 1915 del Codice Civile); **in caso di comportamento doloso nell'inadempimento degli obblighi di cui sopra, gli Assicurati perdono il diritto all'indennità.**

Art. 16 – Gestione delle vertenze

In qualsiasi momento e fino a quando ne hanno interesse, gli Assicuratori hanno la facoltà di assumere, a nome dell'Assicurato, la gestione delle vertenze di natura civile e penale, in sede sia giudiziale che extragiudiziale. Le relative spese di assistenza e difesa legale sono a carico degli Assicuratori, in aggiunta al Massimale di Responsabilità Civile Professionale, per un ammontare non superiore ad un quarto di tale

Massimale (terzo comma dell'art. 1917 del Codice Civile).

Gli Assicuratori non riconosceranno Costi e Spese per Legali e Periti scelti dall'Assicurato per la gestione di una Richiesta di Risarcimento, che dovranno essere preventivamente approvati dagli Assicuratori.

Art. 17 – Richieste di Risarcimento fraudolente - Clausola risolutiva espressa

Qualora l'Assicurato sia complice o provochi dolosamente una richiesta di Indennizzo falsa o fraudolenta, esageri dolosamente l'ammontare del danno e/o dichiari fatti non rispondenti al vero, produca documenti falsi, occulti prove, ovvero agevoli illecitamente gli intenti fraudolenti di Terzi, egli perderà il diritto ad ogni Risarcimento ed il presente contratto sarà automaticamente risolto senza alcuna restituzione di Premio, fermo restando il diritto degli Assicuratori alla rivalsa contro l'Assicurato per i risarcimenti già effettuati.

Art. 18 – Variazioni e Comunicazioni

Tutte le modifiche al Contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto, mediante emissione da parte degli Assicuratori di apposito documento (allegati/appendici).

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno essere inviate per lettera raccomandata, fax o per telegramma:

- a) per quanto riguarda le comunicazioni dirette agli Assicuratori: alla G&T Brokers Limited – tramite la quale è stata effettuata l'assicurazione – od a CBL Insurance Europe;
- b) per quanto riguarda le comunicazioni all'Assicurato e/o al Contraente: all'ultimo indirizzo conosciuto dagli Assicuratori.

Art. 19 – Delimitazione dell'Assicurazione - Qualifica di Terzi

Ai fini delle garanzie prestate con la presente Polizza, non sono comunque considerati liquidabili i danni provocati:

- a) al coniuge, ai genitori, ai figli dell'Assicurato, nonché a qualsiasi altro parente o affine a lui convivente;
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, al legale rappresentante, al socio a responsabilità limitata, all'amministratore ed alle persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);
- c) ai dipendenti dell'Assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- d) ai collaboratori, ai dipendenti ed ai praticanti che si avvalgano delle prestazioni dell'Assicurato, salvo che a titolo oneroso per prestazioni regolarmente fatturate.

Ai fini della sola garanzia Responsabilità Civile Verso Terzi, i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O. sono considerati terzi esclusivamente quando subiscano un danno in qualità di pazienti per prestazioni regolarmente fatturate.

Art. 20 – Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato e per l'interpretazione del presente Contratto, valgono le norme di Legge italiana in materia.

* * *

NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

(Sempre operanti)

Art. 21 – Oggetto dell'Assicurazione

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato da ogni somma che egli sia tenuto a pagare a terzi, compresi i clienti, quale responsabile ai sensi di legge a cagione di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale esercitata e dichiarata nel Modulo di Polizza.

La garanzia è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno siano posti in essere da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.

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

1. Medici-Dentisti ed Odontoiatri: a seguito dell'iscrizione al relativo Albo per l'esercizio della professione;
2. Igienisti Dentali: a seguito dell'esercizio della professione conseguente alla Laurea in Igiene Dentale (D.M. 270/04).

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

Sono comprese in garanzia, a titolo esemplificativo e non limitativo, la responsabilità civile dell'Assicurato derivante da:

- a) effettuazione di piccoli interventi chirurgici o invasivi, ambulatoriali e/o domiciliari, senza ricorso ad anestesia totale, anche quando l'attività dichiarata non preveda l'esercizio della chirurgia;
- b) i danni dei quali l'Assicurato sia tenuto a rispondere a titolo di colpa lieve e grave, anche nella ipotesi che l'attività professionale abbia avuto ad oggetto la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà per colpa grave (art. 2236 del Codice Civile);
- c) attività di pronto soccorso, il rifiuto di adempimento, l'intervento senza consenso in ipotesi di stato di necessità, i danni per omissione di intervento per cure urgenti, quando non sussista dolo;
- d) l'impiego di ogni strumento e/o attrezzatura resi disponibili nel campo specifico e attinenti alla specializzazione conseguita, ivi compresi il laser, le apparecchiature a raggi X per scopi diagnostici;
- e) i danni estetici e fisionomici conseguenti a medicina esclusivamente ripartiva (esclusa quindi quella rigenerativa) ed interventi di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrici di cicatrici post-operatorie, purché non effettuati in anestesia totale.
- f) i fatti dolosi di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere;

- g) i danni conseguenti all'implantologia praticata, se richiamata nel Modulo di Polizza e se è stato pagato il relativo premio. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di EUR 500,00 per ogni sinistro, salvo diversa pattuizione che dovrà essere ratificata nel Modulo di Polizza;
- h) l'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa;
- i) proprietà, uso, installazione di cartelli, targhe o insegne dentro o fuori dalla sede dell'Assicurato; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, l'assicurazione opera a favore dell'Assicurato nella sua qualità di committente i lavori e sono compresi i danni alle cose sulle quali sono installati i cartelle, le targhe o le insegne;
- j) tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;

Nel caso la ASL, la Casa di Cura o l'Ente Ospedaliero, ovvero i loro Assicuratori, agiscano in rivalsa nei confronti del Professionista assicurato per i danni da questi involontariamente cagionati per colpa grave, la presente Polizza si intende operante in primo rischio limitatamente alla rivalsa azionata.

Art. 22 – Inizio e limite all'oggetto della garanzia

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato – e da queste trasmesse agli Assicuratori - per la prima volta durante il periodo di validità del contratto, a condizione che tali Richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre 2 anni antecedenti la data di effetto della Polizza, salvo diversa pattuizione che dovrà essere ratificata nel Modulo di Polizza.

Limitatamente ai danni che traggano origine da azioni od omissioni poste in essere prima della stipulazione della Polizza per i quali sia operante la garanzia postuma in una polizza di responsabilità civile professionale, stipulata precedentemente con altri Assicuratori, la presente assicurazione avrà efficacia "a secondo rischio" rispetto alle somme garantite dall'altro polizza, mentre risponderà "a primo rischio" per le garanzie non prestate dall'altra polizza.

Art. 23 – Massimale di copertura

Il Massimale indicato nel Modulo di Polizza rappresenta l'esborso cumulativo massimo fino a concorrenza del quale gli Assicuratori sono tenuti a rispondere per capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Reclami pertinenti ad uno stesso Periodo di Assicurazione. Qualunque sia il numero dei Reclami e delle persone assicurate coinvolte e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o gli Assicuratori effettuino gli eventuali pagamenti, l'obbligazione degli Assicuratori non potrà in nessun caso, essere maggiore di tale Massimale.

Il Massimale di un periodo di assicurazione non si cumula con quello di un periodo precedente o successivo, né in conseguenza di proroghe, rinnovi o sostituzioni del contratto, né per il cumularsi dei premi pagati o da pagare.

Art. 24 – Studi Associati - Persone assicurate

Qualora l'Assicurato sia uno studio associato, la garanzia, alle condizioni di polizza e fermo restando il Massimale di risarcimento indicato nel Modulo di Polizza, è valida anche per la responsabilità civile personale dei singoli professionisti associati, regolarmente abilitati, sempreché sia stato pagato il premio per ciascun professionista.

Tale Massimale, convenuto per sinistro e per anno assicurativo, resta unico ad ogni effetto anche nel caso di corresponsabilità dei singoli Professionisti con il Contraente/Assicurato o tra loro. Pertanto nel caso di studio associato si intendono assicurate le persone indicate nella Questionario-Proposta.

Art. 25 – Franchigia

Per ogni Richiesta di Risarcimento relativa a qualunque tipo di danno, resta a carico dell'Assicurato coinvolto la Franchigia di EUR 500,00 (cinquecento/00) indicata nel Modulo di Polizza, salvo diversa pattuizione che dovrà essere ratificata nel Modulo di Polizza.

Qualora gli Assicuratori abbiamo anticipato, in tutto o in parte, l'ammontare della Franchigia, il Contraente si obbliga a rimborsarlo agli Assicuratori stessi dietro dimostrazione dell'avvenuta anticipazione.

In caso di Studio Associato, la franchigia di cui sopra si applica a ciascun sinistro che coinvolga ogni Associato.

Art. 26 – Esclusioni

L'Assicurazione non opera:

- a. in relazione ad attività diversa da quella/e indicata/e nel Questionario-Proposta;
- b. con riferimento all'Assicurato che abbia dichiarato di effettuare attività di Medico-Dentista (titolo di laurea in Medicina e Chirurgia), si intendono esclusi i danni derivanti da attività esercitata in qualunque branca medica diversa da quella Odontoiatrica, compresa l'esclusione per l'attività di Medico Generico, Medico di Medicina Generale, Continuità Assistenziale e Pediatria di libera scelta;
- c. per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti in tutto od in parte a Circostanze esistenti prima od alla data di decorrenza di questa Polizza che l'Assicurato conosceva o delle quali poteva avere ragionevolmente conoscenza, atte a generare una successiva Richiesta di Risarcimento contro di lui;
- d. a favore di un Assicurato che non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel Questionario-Proposta o la cui attività o autorizzazione sia stata negata, sospesa cancellata o revocata dalle Autorità.

In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa in relazione agli Atti Illeciti commessi successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata dagli Organi competenti, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'Assicurato. La copertura assicurativa verrà automaticamente riattivata alla revoca della suddetta delibera da parte degli Organi competenti oppure allo scadere del termine di sospensione dall'esercizio professionale. Qualora il provvedimento di negazione, sospensione, cancellazione o revoca deliberato dagli Organi competenti abbia colpito l'attività dell'Assicurato, l'Assicurazione mantiene la sua efficacia per la notifica delle Richieste di Risarcimento riferite ad Atti Illeciti commessi prima della data della predetta delibera. L'Assicurato dovrà però, a pena di decadenza di detta efficacia, dare avviso della delibera entro 7 giorni agli Assicuratori fornendo copia di detta documentazione.

Gli Assicuratori conseguentemente avranno facoltà di:

- i recedere dalla polizza dando 90 giorni di preavviso;

- ii mantenere in vigore l'Assicurazione fino alla sua scadenza originaria in relazione alla sola notifica delle Richieste di Risarcimento per Atti Illeciti commessi in data antecedente il periodo in cui la delibera è stata assunta dagli Organi competenti;
- e. per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'effettuazione di Interventi Chirurgici effettuati in anestesia totale;
- f. per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'effettuazione di pratiche estetiche e Medicina Estetica, salvo quanto indicato all'Art. 21 – Oggetto dell'Assicurazione, lettera e);
- g. per le Richieste di Risarcimento derivanti dall'effettuazione di Interventi di Implantologia, salvo quanto indicato all'Art. 21 – Oggetto dell'Assicurazione, lettera g);
- h. per tutte le obbligazioni di natura fiscale, per contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni esemplari o danni multipli inflitti direttamente all'Assicurato o per le conseguenze del loro mancato pagamento;
- i. per le Richieste di Risarcimento che si basino, che traggano origine, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza, o che comunque riguardino inquinamento, infiltrazione o contaminazione di qualsiasi tipo;
- j. per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti a qualsiasi responsabilità legale di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causate da, o connesse a, o derivanti da:
 - i radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che trae origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare;
 - ii sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari;
- k. per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti a frode, atto doloso posto in essere dall'Assicurato;
- l. per le Richieste di Risarcimento derivanti da inosservanza di obblighi contrattuali volontariamente assunti dall'Assicurato, salvo il caso in cui l'Assicurato sarebbe stato ritenuto responsabile per la Perdita anche in assenza di tali condizioni contrattuali o garanzie;
- m. per le perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o comunque connessi a quanto qui di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o fatti che possano avervi contribuito, contestualmente o in altro momento:
 - i guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non, guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare);
 - ii qualsiasi atto terroristico.

Ai fini di questa clausola, per atto terroristico si intende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di farvi ricorso esercitato da qualsiasi persona o gruppo/i di persone, operante/i autonomamente o per conto di o in collegamento con organizzazioni o governi, per motivi politici, religiosi, ideologici o scopi simili, anche al fine di influenzare governi e/o spaventare la popolazione o parte di essa. Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto indicato ai punti 1 e 2 che precedono o comunque a ciò relative.

Nel caso in cui i Sottoscrittori affermino che, in base alla presente clausola di esclusione, qualsiasi perdita, danno, costo o esborso non è coperto dalla presente assicurazione, l'onere di

fornire prova contraria incombe all'Assicurato. L'eventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente clausola non comporterà la nullità totale della clausola stessa, che rimarrà valida ed efficace per la parte restante.

- n. per le Richieste di Risarcimento derivanti direttamente o indirettamente da insolvenza o fallimento da parte dell'Assicurato;
- o. per le Richieste di Risarcimento derivanti da omissioni nella stipulazione o modifica di assicurazioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi.

Art. 27 – Perdita di Documenti

Qualora l'Assicurato scopra durante il Periodo di Assicurazione indicato nel Modulo di Polizza, che documenti quali: atti, certificati, supporti dati per elaboratori elettronici, moduli e documenti e quant'altro di simile scritti a mano o stampati o riprodotti in qualsivoglia forma (eccetto le obbligazioni, titoli di credito, le banconote e le cambiali), la cui custodia era stata affidata all'Assicurato nell'ambito dell'attività professionale dichiarata nel Modulo di Polizza, o ai suoi predecessori o a Terzi dagli stessi incaricati od anche solamente ritenuti affidati all'Assicurato od ai suoi predecessori, sono stati distrutti o danneggiati o persi o malriposti e dopo diligente ricerca non possono più essere reperiti, gli Assicuratori terranno indenne l'Assicurato per:

- a) ogni responsabilità legale nella quale l'Assicurato stesso è incorso nei confronti di qualsivoglia persona per il fatto che tali documenti sono stati distrutti, danneggiati, persi o malriposti;
- b) i costi e le spese di qualsivoglia natura sopportati dall'Assicurato nel sostituire o restaurare tali documenti a condizione che egli fornisca quale prova le fatture o ricevute di tali costi o spese.

Tale garanzia viene prestata con un sottolimito di indennizzo pari ad € 200.000,00 per ogni Richiesta di Risarcimento e per anno assicurativo.

Art. 28 – Responsabilità solidale

Fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, l'assicurazione vale anche per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere solidalmente con altri, limitatamente alla quota di sua diretta pertinenza.

Art. 29 – Privacy

Fermi restando tutti i termini e le condizioni generali, l'Assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato in applicazione del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 in materia di Privacy (Codice della Privacy) per perdite patrimoniali causate a terzi, compresi i clienti, in conseguenza dell'errato trattamento di dati personali (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) o comunque in conseguenza di errata consulenza in materia di privacy. La garanzia è prestata fino a concorrenza di un sottolimito di risarcimento pari al 50% del Massimale indicato nel Modulo di Polizza ed è esclusa in caso di Atto Illecito continuato.

Art. 30 – Responsabilità civile verso terzi nella Conduzione dello Studio

La garanzia è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi di legge per danni involontariamente cagionati a terzi durante il periodo di efficacia del contratto, per morte,

lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio e alla conduzione dello Studio Professionale, sia nella sede principale che nelle eventuali sedi secondarie stabili, compresi i danni arrecati a terzi da collaboratori, sostituito, praticanti, dipendenti.

Questa specifica garanzia si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale di EUR 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per ogni sinistro e per anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.

Sono esclusi i danni cagionati da fuoriuscita d'acqua per guasto o per rottura di impianti idrici, igienici, di riscaldamento, tecnici, a carico dell'Assicurato. Si intendono altresì esclusi i seguenti danni:

- a) danni a cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo, nonché i danni cagionati da furto o incendio di beni dell'Assicurato o che questi detenga salvo quanto previsto all'Art. 27 – Perdita di Documenti; b) lavori di manutenzione straordinaria;
- c) la proprietà di fabbricati diversi da quelli nei quali viene svolta l'attività assicurata e loro strutture fisse;
- d) circolazione di qualunque veicolo.

NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (Sempre operanti)

Art. 31 – Responsabilità civile verso i prestatori d'opera – Dipendenti (R.C.O.)

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

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

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare agli Assicuratori, anche tramite la G&T Brokers Limited eventuali sinistro solo ed esclusivamente:

- a) In caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) In caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'I.N.A.I.L. qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi del DPR n. 1124 del 30 giugno 1965;
- c) In caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'Ente previdenziale I.N.P.S. ai sensi dell'art. 14 della Legge n. 222 del 12 giugno 1984.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE SOGGETTE A PATTUIZIONE ESPRESSA

(valide solo se espressamente richiamate nel Modulo di Polizza o dietro emissione di apposita Appendice e dietro versamento del relativo premio)

A) NEOLAUREATI IN ODONTOIATRIA

Ai neo-laureati viene riconosciuto uno sconto del 35% sul premio di Polizza, limitatamente alla opzione che non prevede la copertura per gli Interventi di Implantologia.

Tale agevolazione viene riconosciuta ai Professionisti laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio può essere richiesto per i primi tre anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale, ma prima del compimento del 34° anno di età.

La data di nascita del Professionista e la data di iscrizione all'Albo Professionale, dovranno essere dichiarati nel Questionario-Proposta e la loro veridicità potranno essere verificati dagli Assicuratori.

B) GARANZIA POSTUMA

In caso di cessazione volontaria dell'attività, l'Assicurato avrà diritto – entro il termine di richiesta di 60 giorni e dietro pagamento di un premio una tantum pari ad una annualità, sulla base della tariffa in vigore al momento della richiesta – alla proroga della garanzia per ulteriori tre anni, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività.

In caso di Studio Associato, il premio previsto per il 1° Professionista, dovrà essere versato da ciascun Professionista che ne voglia fare richiesta.

Nel caso di morte dell'Assicurato, i suoi aventi causa avranno diritto - entro il termine di richiesta di 180 giorni e dietro pagamento di un premio una tantum pari ad una annualità, sulla base della tariffa in vigore al momento della richiesta – alla proroga della garanzia per ulteriori cinque anni, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima del decesso.

In caso di Studio Associato, il premio previsto per il 1° Professionista, dovrà essere versato da ciascun Professionista deceduto.

Il Massimale indicato nell'Appendice (di pari importo del Massimale indicato nel Modulo di Polizza cui l'Appendice fa riferimento), opererà per uno o più Sinistri quale massimo risarcimento complessivo per l'intera durata della proroga.

Tale garanzia potrà essere resa efficace soltanto alle seguenti condizioni:

- se è stata inoltrata la richiesta di cancellazione dall'Albo professionale;
- se è stato pagato il premio richiesto;
- se viene emessa Appendice di Proroga da parte degli Assicuratori per l'estensione della garanzia.

* * *

GLOSSARIO

Assicurati	in caso di persona fisica si intende il Professionista indicato nel Modulo di Polizza; in caso di Studio Associato si intendono i professionisti che compongono lo Studio Associato indicato nel Modulo di Polizza, ed i cui interessi sono protetti dall'Assicurazione.
Assicuratori	CBL Insurance Europe
Circostanza	qualsiasi manifestazione dell'intenzione di avanzare una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o qualsiasi altro, fatto, rilievo o contestazione, scritti o verbali, da cui possa ragionevolmente trarre origine una richiesta di risarcimento
Contraente	La persona fisica o lo Studio Associato indicati nel Modulo di Polizza, che stipula l'Assicurazione ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Cose	sia gli oggetti materiali, sia gli animali.
Danni Corporali	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.
Danni Materiali	il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).
Danno patrimoniale	È il danno alla sfera patrimoniale di terzi (pregiudizio economico non conseguente a morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose).
Franchigia	L'ammontare percentuale o fisso indicato nel Modulo di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascuna Perdita e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri. Gli Assicuratori pagheranno per ogni Perdita indennizzabile a termini del presente Contratto soltanto le somme eccedenti tale ammontare.
Massimale	l'ammontare che rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per ciascuna Perdita ed in aggregato per ciascun Periodo di Assicurazione. Tale importo è specificatamente indicato nel Modulo di Polizza. A tale importo vanno aggiunti i Costi e le Spese come indicato nelle definizioni che precedono. Qualora nel presente contratto sia prevista per una voce un "Sottolimito di Risarcimento" questo non è in aggiunta al Massimale ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima degli

	Assicuratori per quella voce di rischio.
Modulo di Polizza	il documento allegato all'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la Decorrenza, la Scadenza, il Premio, gli eventuali altri dettagli dell'Assicurazione. Il Modulo di Polizza forma parte integrante del contratto.
Perdita	<p>I. l'obbligo di Risarcimento dei danni derivanti da sentenze o transazioni cui l'Assicurato sia tenuto per legge;</p> <p>II. Costi e Spese sostenuti da un Terzo che l'Assicurato sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale;</p> <p>III. Costi e Spese (soggette alla definizione che segue) sostenute dall'Assicurato con il consenso scritto degli Assicuratori nella attività di investigazione, monitoraggio, difesa o transazione relativa ad azioni, cause o procedimenti intentati contro l'Assicurato per Responsabilità Civile.</p>
Periodo di Assicurazione	il Periodo indicato nel Modulo di Polizza.
Polizza	il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
Questionario Proposta	<p>– il formulario attraverso il quale gli Assicuratori prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori anche ai sensi degli Artt. 1892-1893-1894 del Codice Civile.</p> <p>Il Questionario-Proposta forma parte integrante del contratto.</p>
Risarcimento	la somma dovuta dagli Assicuratori ai sensi della presente Polizza.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto	la percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.
Sinistro	la notifica agli Assicuratori di un evento per il quale è prestata l'assicurazione

Professional Liability Proposal Form (Dentists) Questionario – Proposta (Dentisti)

Important Information

Informazione importante

This proposal form must be fully completed. All questions must be answered YES. In case of a negative answer, please give profuse and necessary details about it. However, it does not bind you or Underwriters to enter into any contract of insurance until the proposal form signed and dated is satisfactory received and approved by the underwriters at their sole discretion.

All facts material to the proposed insurance must be disclosed, fully and truthfully to the best of your knowledge and belief. Failure to do so may make the contract of insurance voidable or severely prejudice your rights in the event of a claim. A material fact is one likely to influence Underwriters' assessment or acceptance of the proposal.

Il seguente questionario - proposta deve essere riempito in ogni sua parte. Si prega di rispondere a tutte le domande. In caso di risposta negativa (NO), si prega di dare tutti i dettagli necessari. In ogni caso, la compilazione del questionario – proposta non impegna né il proponente né gli Assicuratori a stipulare il contratto di assicurazione fino a quando tale questionario- proposta non venga ricevuto e approvato dagli Assicuratori. Tutti i fatti e le circostanze relative alla presente proposta di assicurazione devono essere quanto il più possibile completamente rivelati e comunicati agli Assicuratori al fine di non pregiudicare i diritti del proponente-assicurato in caso di sinistro. Un fatto o circostanza rilevante è tale quando in grado di influenzare il giudizio e l'accettazione del rischio da parte degli Assicuratori.

Proposer Details

Dettagli del proponente

Insured / Proposer
Assicurato/Proponente

Practice title (s)
Titolo professionale

Principal Address
Indirizzo

Fiscal Identification Number
Codice Fiscale

Establishment / License obtained
Anno registrazione albo, se applicabile

Registration body
Denominazione albo/registro

Web site
Sito web

Description of activities
Breve descrizione attività

Risk questions

Dettagli del rischio

		Yes	No
1	Are you licensed to practice in accordance with the appropriate regulatory body? <i>Il proponente è autorizzato a esercitare la propria professione in linea con le previsioni dell'albo professionale?</i>		
2	Does the insured have facilities for sterilisation of instruments in accordance with current legal guidelines? <i>L'assicurato è nelle condizioni di sterilizzare gli strumenti in accordo con le attuali linee guida?</i>		
3	Do you have implemented data protection policy for the handling of personal data which is clearly communicated to all employees? <i>Esiste una procedura di protezione dei dati personali chiaramente comunicata a tutti i dipendenti?</i>		
4	Are medical records checked before any procedures undertaken? <i>Le cartelle cliniche sono controllate prima che qualsiasi procedura sia iniziata?</i>		
5	The proposed declares that the license has ever been refused, suspended, withdrawn or had conditions imposed. <i>Il proponente dichiara che la sua licenza non è mai stata rifiutata, sospesa, ritirata o soggetta a condizioni restrittive.</i>		
6	The proposer declares that no concerns had ever been raised about the conduct, clinical practice or performance, educational progress, business administration by employer, dental school, clinical colleague or any other body? <i>Il proponente dichiara che non vi è mai stato alcun reclamo da parte del datore di lavoro, istituti di formazione dentistica, colleghi e organizzazione di settore relativamente alla condotta, attività clinica, percorso di formazione educativo, attività amministrativa dello studio.</i>		

7	<p>The proposer declares that is not aware of any incidents or circumstances, irrespective of their seriousness, which could lead to an investigation, complaint, claim, disciplinary action, legal dispute, suspension from practice, imposition of restrictions or conditions on the registration or licence to practise, or removal from a professional register or the licence to practise, by a registration body.</p> <p><i>Il proponente dichiara di non essere a conoscenza di nessun incidente o circostanza, indipendentemente dalla sua gravità, che potrebbe condurre a investigazioni, lamentele, sinistri, azioni disciplinari, dispute legali, sospensione dell'attività, imposizione di misure restrittive dell'attività, cancellazione dall'albo/registro da parte degli organi competenti.</i></p>		
---	--	--	--

Limit of indemnity, deductible, retroactivity

Limiti di indennizzo, franchigia, retroattività

Limit 1/ Limite 1:	Deductible 1/ Franchigia 1:	Retroativity 1 /Retro 1:
Limit 2/ Limite 2:	Deductible 2/ Franchigia 2:	Retroativity 2 /Retro 2:
Limit 3/ Limite 3:	Deductible 3/ Franchigia 3:	Retroativity 3 /Retro 3:

Previous insurance coverage

Precedente copertura assicurativa

<p>Has your Practice or any prior Practice ever been insured? If yes, provide details: È Il suo studio, o suoi studi precedenti, mai stato assicurato? Se sì, si prega di fornire i dettagli:</p>				Yes	No
<p>Insurance company Compagnia:</p>	<p>Limit Limite: Eur</p>	<p>Premium Premio: Eur</p>	<p>Deductible Franchigia: Eur</p>		
<p>Expiring date: Data di scadenza:</p>	<p>Reason for leaving: Ragione per cui si desidera cambiare compagnia:</p>				

Employees

Dettaglio impiegati

Partners: Partners:	
Qualified Staff: Personale qualificato:	
Administrative staff: Personale amministrativo:	
Others: Altri:	

Coverage

Condizioni particolari

Do you undertake implantology works? <i>Il proponente effettua interventi di implantologia?</i>		
Do you work as Dental Hygienist <i>Il proponente svolge attività d'igienista dentale?</i>		
Young Professional/New graduates <i>Giovane professionista/Neolaureato</i>		

Type of activity

Tipologia attività

Private professional <i>Professionista privato/studio associato</i>		
Public or Ealth Company Employee <i>Dipendente di Ente Pubblico o Azienda Sanitaria Pubblica Attività Ospedaliera</i>		

We declare that the statements and particulars in this proposal are true and that no material facts have been mis-stated or suppressed. I/We agree that this proposal, together with any other information supplied shall form the basis of any contract of insurance effected thereon. I/ We undertake to inform the Insurers of any material alteration to those facts occurring before the completion of the contract of insurance.

Il proponente dichiara che le affermazioni e informazioni redatte nel questionario-proposta sono vere e che nessun fatto rilevante è stato omesso o alterato. Il proponente altresì riconosce che il questionario – proposta e le informazioni fornite costituiscono la base dell'eventuale contratto di assicurazione. Il proponente si impegna ad informare tempestivamente gli Assicuratori di ogni eventuale materiale variazione delle informazioni fornite prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione

Name/ Nome e Cognome:

Title/Titolo di chi firma (se applicabile):

Date/Data:

Signature/Firma:

Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671