



ESTRATTO POLIZZA CUMULATIVA TUTELA GIUDIZIARIA stipulata dall'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI INAIL a beneficio degli iscritti per il tramite della KENT INSURANCE BROKER S.r.l.

DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione iscritto all'associazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.

Contratto/Polizza: documento che prova l'assicurazione.

Cose: sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Danni Corporali: morte o lesioni corporali.

Franchigia: parte del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso.

Indennizzo / Risarcimento: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Perdite Patrimoniali: pregiudizio economico, risarcibile a termini di polizza, che non sia conseguenza di morte, lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: la compagnia di assicurazione

Sezione 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Articolo 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi delle disposizioni degli artt. 1892 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2. ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, è dato esonero agli assicurati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, la presente garanzia viene prestata per l'eccedenza rispetto ai massimali delle predette assicurazioni.

Articolo 3. DECORRENZA DELLE GARANZIE E PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1901 del Codice Civile esclusa comunque la copertura assicurativa di eventuali sinistri verificatisi durante la sospensione assicurativa.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società. Qualora venga pattuito il frazionamento del premio si conferma che il Contraente non è esonerato dall'obbligo di corrispondere l'intero premio annuo da considerare a tutti gli effetti unico ed indivisibile, ciò anche in caso di cessazione del rischio nel corso del periodo di assicurazione.

Articolo 4. MODIFICHE DELL' ASSICURAZIONE

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

Articolo 5. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Articolo 6. DIMINUIZIONE 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 o dell'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 7. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1913 del Codice Civile. Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, il Contraente o l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta penale a norma della legge infortuni o per i quali il prestatore di lavoro ha presentato richiesta di risarcimento danni. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1915 del Codice Civile.

Articolo 8. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, o qualunque altro atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 9. PROROGA DELL' ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto, se di durata non inferiore ad un anno, è prorogato per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Articolo 10. ONERI FISCALI

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

Articolo 11. FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Articolo 12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme delle leggi italiane.

Sezione 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA TUTELA GIUDIZIARIA

Articolo 13. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assume a proprio carico, fino alla concorrenza del massimale di garanzia pattuito, le spese legali e peritali, stragiudiziali e giudiziali, che dovessero essere sostenute dall'Assicurato per tutelare i propri interessi a seguito di fatti involontari connessi all'esercizio dell'attività professionale di medico INAIL svolta nei termini delle leggi che la regolano, compresi l'esercizio di medicina generale e di medicina legale libero professionale, eccettuati gli interventi chirurgici, nonché l'esercizio dell'attività di medico competente ai sensi del D.L. n. 626/1994 (e successive modifiche ed integrazioni).

La garanzia è operante esclusivamente per i casi di:

- a) difesa penale in procedimenti penali per delitto colposo o contravvenzione;
- b) difesa penale in procedimenti penali per delitto doloso che si siano conclusi con il proscioglimento in istruttoria o con sentenza definitiva di assoluzione esclusa ogni altra causa di estinzione del reato.

Articolo 14. MASSIMALI

Il massimale per ciascun assicurato per sinistro e per anno assicurativo è pattuito in €. 10.000,00.=, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato nello stesso periodo.

Il massimo esborso della Società per anno assicurativo è pattuito in €. 100.000,00.=, indipendentemente dal numero di assicurati e dal numero delle richieste di risarcimento presentate dagli assicurati nello stesso periodo.

Articolo 15. RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

La garanzia non è operante per le controversie:

- a) derivanti da fatto doloso dell'Assicurato, salva l'ipotesi di assoluzione con sentenza passata in giudicato;
- b) relative a sinistri di inquinamento dell'ambiente;
- c) relative a sinistri causati da esplosione o da emanazione di calore o da radiazione provenienti da trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivatigli dalla legge;
- e) derivanti dalla circolazione di veicoli o natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria, di proprietà o condotti dall'Assicurato.

Articolo 16. VALIDITA' DELLA GARANZIA

a) L'assicurazione vale per le controversie insorte e denunciate alla Società nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, a condizione che tali controversie siano conseguenti ad atti o fatti originatisi non oltre 5 anni prima della data di decorrenza della garanzia. Ciascun assicurato dichiara, e tale dichiarazione si considera essenziale per l'efficacia del contratto, di non essere a conoscenza di circostanze e situazioni che possono determinare controversie indennizzabili con la presente polizza.

b) L'assicurazione vale per le denunce di sinistro presentate alla Società entro 5 anni successivi alla cessazione dell'efficacia della copertura relativamente al singolo assicurato, purché inerenti a controversie determinate da fatti originati nel periodo di efficacia della copertura, quando questa sia intervenuta per decesso dell'Assicurato stesso, per cessazione volontaria dell'attività o per pensionamento. Il massimale indicato in polizza rappresenta la massima esposizione della Società per uno o più sinistri denunciati nei suddetti periodi di proroga della garanzia.

La garanzia di cui al presente punto b) si intende valida a condizione che, alla scadenza del contratto o scioglimento del rapporto assicurativo dovuto a dimissioni volontarie o decesso o pensionamento, venga emesso apposito documento di polizza contro il pagamento di un premio che verrà convenuto al momento della richiesta.

Articolo 17. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dell'Unione Europea.

Articolo 18. OBBLIGHI E GESTIONE DEL SINISTRO

a) Se l'Assicurato riceve un atto dal quale può derivare una controversia che impegni la garanzia prestata, entro 3 giorni dal ricevimento, deve fare denuncia di sinistro all'Agenzia a cui è assegnata la polizza e, unitamente alla denuncia, deve fornire:

- una copia dell'eventuale atto da impugnare;
- una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, indicando circostanze di tempo e di luogo, i soggetti interessati, le generalità di eventuali testimoni e/o cointeressati;
- il nominativo dei legali o dei periti a cui ha assegnato la causa.

b) Se l'Assicurato intende dar corso ad un'azione per tutelare i propri diritti in sede giudiziale o stragiudiziale, prima di inviare il relativo atto o affrontare qualunque spesa, deve ottenere il preventivo benestare della Società, fermo restando a suo carico l'onere di interruzione dei termini di prescrizione. A tale scopo il Contraente o l'Assicurato deve:

- fare denuncia all'Agenzia a cui è assegnata la polizza;
- fornire tutta la documentazione utile alla valutazione della controversia;
- fornire il nominativo dei legali o dei periti a cui intende assegnare la vertenza.

La Società si impegna a far pervenire all'Assicurato, entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, la propria valutazione sulla controversia e sull'opportunità di iniziare la vertenza. La Società può richiedere ulteriore documentazione, in tal caso il termine di 90 giorni decorrerà dal ricevimento di detta altra documentazione.

Trascorso il suddetto termine, in mancanza di comunicazione da parte della Società, l'Assicurato potrà dar corso all'azione e richiedere il rimborso delle spese legali e peritali sostenute. Nel caso in cui la Società, nei



termini sopra indicati, sconsigli di iniziare l'azione giudiziaria, l'Assicurato può comunque agire per proprio conto e qualora l'esito sia a lui favorevole, ha diritto al rimborso delle spese sostenute.

c) L'Assicurato autorizza la Società ad acquisire, anche direttamente dai professionisti incaricati, ogni utile informazione nonché copia di atti o documenti.

d) Diritto di scelta: l'Assicurato ha il diritto di scegliere un legale di sua fiducia anche in caso di conflitto di interessi con la Società o di instaurazione di un procedimento giudiziario. Il diritto si estende alla scelta del perito.

Articolo 19. SINISTRI IN SERIE

I sinistri successivi al primo e conseguenti ad una stessa causa, vengono considerati ai fini liquidativi come un unico sinistro. Qualora il sinistro si protragga attraverso più atti successivi, lo stesso si considera originato nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

Articolo 20. FRANCHIGIA

L'assicurazione si intende prestata con l'applicazione di una franchigia di €. 150,00.= per ogni sinistro.

Articolo 21. LIQUIDAZIONE DELLE SPESE

La Società liquiderà all'Assicurato, in presenza di regolare parcella, le spese legali e peritali sostenute entro il limite del massimale stabilito, anche anticipando gli importi in corso di causa. Spetta alla Società quanto liquidato all'Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari, nei limiti dell'esborso sostenuto, anche in via di surroga secondo l'art. 1916 Codice Civile. Per quanto riguarda l'esecuzione forzata, la Società terrà indenne l'Assicurato limitatamente alle spese attinenti i primi due tentativi.

Articolo 22. ARBITRATO IRRITUALE

Fermo restando il diritto delle Parti di adire gli organi di ordinaria giurisdizione, qualora insorga una controversia che abbia ad oggetto l'interpretazione, la validità e l'esecuzione del presente contratto, le Parti potranno devolvere la controversia ad un arbitro che provveda secondo equità ed in forma irrituale. L'arbitro sarà nominato, su istanza di una delle Parti, dal Presidente dell'Ordine degli Avvocati della Circostrizione del Tribunale ove si trova la sede legale o la residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti risponde della metà delle spese dell'arbitro. Il lodo dovrà essere emanato entro 90 giorni dalla nomina dell'arbitro.

Articolo 23. CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Omissis

Articolo 24. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla KENT INSURANCE BROKER S.r.l., con sede in Via Modena, 50 - 00187 ROMA, in qualità di Broker, ai sensi della Legge 28/11/1984 n° 792. In conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti per conto del Contraente dalla KENT INSURANCE BROKER S.r.l., che tratterà con la Società.

Agli effetti delle condizioni tutte del presente contratto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente o dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta a tutti gli effetti alla Società, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società, in nome e per conto del Contraente o dell'Assicurato, si intenderà come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.

Il pagamento del premio verrà effettuato dal Contraente alla Società per il tramite della KENT INSURANCE BROKER S.r.l. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Per qualsiasi comunicazione inerente al contratto di assicurazione rivolgersi a:

Kent Insurance Broker S.r.l.

Via Eschilo, 182 - 00125 Roma

Tel. +39 06 89685581 - Fax +39 06 89685582

info@kentbroker.it - www.kentbroker.it

iscrizione R.U.I. n. B000014383