

ESTRATTO DALLE CONDIZIONI DELLA CONVENZIONE TRA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IPASVI E CARIGE ASSICURAZIONI SPA

Polizza RCT n. 548447461-03

(l'originale è conservato presso la sede della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI)

1. DICHIARAZIONE

Le Parti dichiarano che:

- il testo della "Convenzione",
- la "Polizza R.C. Professionale n° 548447461-03";
- il "Modulo di Adesione";
- la "Lettera di Conferma Copertura";
- l'"Elenco stato di rischio in essere al 30/04/2006";

formano unico documento contrattuale redatto in tre esemplari e danno atto che tutti i rapporti e le controversie saranno regolati esclusivamente in base a quanto in essi contenuto e negli eventuali documenti di modifica/integrazione concordati dalle parti.

La presente Convenzione è riservata esclusivamente agli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia iscritti ad un Collegio IPASVI ed in regola con il pagamento della quota associativa.

2. DURATA DELLA CONVENZIONE

La durata della presente Convenzione è pattuita in anni 3, con decorrenza dalle ore 24:00 del 30/04/2006 alle ore 24:00 del 30/04/2009, ed è tacitamente rinnovabile di anno in anno, salvo disdetta scritta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni.

La scadenza annuale della Convenzione è stabilita al 30 aprile di ogni anno.

La presente Convenzione sostituisce con continuità le precedenti polizze convenzione n. 192/03/10000/357 e n. 192/03/20000/357, stipulate dalla Contraente con la Reale Mutua Assicurazioni. Lo stato di rischio in essere, in formato file di excel, viene inviato dal Broker alla Società entro il 30 aprile 2006.

➤ Tutti i nominativi compresi nell'elenco, già assicurati con la precedente Convenzione, che rinnoveranno la loro adesione alla presente Convenzione entro il 31 maggio 2006 entreranno in copertura con effetto 30 aprile 2006.

Farà fede la data di pagamento riportata sul bollettino postale con cui avranno effettuato il pagamento alla Contraente.

A maggiore precisazione, si specifica che tali assicurati saranno garantiti dal presente contratto con decorrenza pari alla decorrenza della prima polizza da loro stipulata (n. 192/03/10000/357 oppure n. 192/03/20000/357), della Convenzione IPASVI e Reale Mutua.

A favore di ognuno degli Assicurati sarà emessa una "Lettera di Conferma Copertura".

➤ I nominativi riepilogati nello stato di rischio assicurato, che provvederanno ad effettuare il pagamento dopo il 31 maggio 2006 saranno garantiti esclusivamente dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, previa compilazione del "Modulo di Adesione", come previsto dal punto 4. Adesione alla Convenzione, ed emissione della "Lettera di Conferma Copertura".

3. FACOLTA' DI RECESSO DALLA CONVENZIONE

La Società e la Contraente, hanno la facoltà di recedere dalla presente Polizza Convenzione alle singole scadenze annuali a fare data da quella del 30/04/2007, con preavviso da inviare tramite lettera raccomandata, almeno 60 giorni prima delle singole scadenze annuali. La facoltà di recedere dalla presente Polizza Convenzione sarà efficace per tutte le polizze parte della Convenzione stessa.

4. ADESIONE ALLA CONVENZIONE

Adempimenti dell'infermiere professionale, assistente sanitario, vigilatrice d'infanzia:

L'infermiere professionale, l'assistente sanitario, la vigilatrice d'infanzia che desidera aderire alla presente Convenzione deve:

- 4.1 essere iscritto ad un Collegio IPASVI ed in regola con il pagamento della relativa quota associativa;**
- 4.2 compilare e sottoscrivere il "Modulo di Adesione", nonché versare contestualmente il premio mediante versamento sul c/c postale intestato alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI;**
- **trasmettere il "Modulo di Adesione" e copia della ricevuta di pagamento del premio (tramite Bollettino Postale), alla Contraente.**

N.B.: L'infermiere professionale, assistente sanitario, vigilatrice d'infanzia, si impegna a conservare copia del "Modulo di Adesione" e del Bollettino Postale di pagamento del premio.

Adempimenti della Contraente:

La Contraente, entro il 30 di ogni mese, provvederà:

4.4 a verificare i documenti ed i premi ricevuti dai singoli aderenti (come previsto al punto 4.3 che precede);

N.B.: La Contraente si impegna a conservare copia del "Modulo di Adesione" e del Bollettino Postale di pagamento del premio, di ogni aderente/assicurato ed a trasmetterne copia alla Società se richiesto da quest'ultima.

4.5 ad inviare al Broker l'elenco nominativo delle adesioni del mese precedente, unitamente ai relativi "Moduli di Adesione";

4.6 a rimettere al Broker l'importo dei premi assicurativi delle adesioni ricevute nel mese precedente.

Adempimenti del Broker:

Il Broker dovrà:

4.7 verificare i documenti ed i premi trasmessi dalla Contraente (come previsto ai punti 4.5 e 4.6 che precedono);

N.B.: Il Broker si impegna a conservare copia del "Modulo di Adesione" di ogni aderente/assicurato ed a trasmetterne copia alla Società qualora richiesto, unitamente alla denuncia di sinistro ed a copia del Certificato di Assicurazione.

4.8 inviare alla Società, entro il 10 del mese successivo a quello di ricezione, l'elenco nominativo delle adesioni del mese precedente ricevuti dalla Contraente (si veda quanto previsto al punto 4.5 che precede);

4.9 versare alla Società, entro il 10 del mese successivo a quello di ricezione, il premio complessivo delle adesioni del mese precedente ricevuto dalla Contraente (si veda quanto previsto al punto 4.6 che precede).

Adempimenti della Società:

La Società provvederà ad emettere apposita "Lettera di Conferma Copertura", per ogni nuova adesione alla Convenzione ed a trasmetterla al Broker per la distribuzione agli assicurati.

In ogni caso, anche nell'evenienza che la Contraente non abbia segnalato un nominativo assicurato farà fede, per la dimostrazione dell'esistenza della copertura assicurativa, la data del bollettino del versamento postale effettuato per il pagamento del premio stesso alla Contraente, che l'Assicurato dovrà sempre allegare alla propria denuncia di sinistro.

5. DECORRENZA E SCADENZA DELLE GARANZIE, MASSIMALI ASSICURATI E PREMI LORDI ANNUI

Le garanzie decorreranno in base a quanto indicato nel "Modulo di Adesione" come segue:

5.1 Per le nuove adesioni:

esclusivamente dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui l'iscritto effettua il versamento del premio tramite bollettino postale a favore della Contraente sul c/c postale intestato alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI;

5.2 Per i rinnovi di fine anno:

dalle ore 24:00 del 30 aprile di ogni anno, qualora abbiano provveduto al pagamento del relativo premio di rinnovo entro il 31 maggio successivo;

5.3 Scadenza:

la scadenza annuale di ciascuna garanzia è fissata al 30/04 di ogni anno a prescindere dalla data di adesione ed è tacitamente rinnovabile, di anno in anno, previo pagamento del relativo premio di rinnovo, salvo disdetta comunicata da una delle parti;

5.4 Massimale di Responsabilità Civile (RCT):

il massimale assicurato per ogni iscritto aderente alla convenzione è stabilito in Euro 2.000.000,00 unico per sinistro e per anno, per la garanzia di Responsabilità Civile Verso Terzi (RCT);

5.4 Premio lordo annuo:

il premio lordo annuo dovuto da ogni assicurato aderente alla convenzione è di € 48,00 - di cui per imposte Euro 8,74;

5.5 Adesione in corso di contratto:

- per le adesioni effettuate nel periodo intercorrente tra il 01/04 ed il 30/09 di ogni anno, il premio dovuto sarà pari al 100% del premio lordo annuo;

- per le adesioni effettuate nel periodo intercorrente tra il 01/10 ed il 31/03 di ogni anno, il premio sarà pari al 50% del premio lordo annuo, fermo restando che il premio per le annualità successive alla prima scadenza contrattuale sarà pari al premio lordo annuo.

6. PAGAMENTO DEL PREMIO

La Contraente dovrà:

a) entro il 15/07 di ogni anno provvedere al versamento del premio di rinnovo al broker;

b) entro il 30 di ogni mese provvedere al versamento al broker del premio delle nuove adesioni del mese precedente;

Il Broker dovrà:

c) versare alla Società gli importi di cui:

c.1) alla lettera a) che precede, entro il 31/07 successivo;

c.2) alla lettera b) che precede, entro il 10 del mese successivo;

La Società dovrà:

d) provvedere (a partire dal 31/5/2006), ad emettere una "Lettera di Conferma Copertura" per tutti gli assicurati che provvederanno al rinnovo della garanzia assicurativa.

e) provvedere (mensilmente a partire dal 10 Giugno 2006), ad emettere una "Lettera di Conferma Copertura" per tutti gli assicurati che aderiranno alla presente polizza Convenzione.

7. GESTIONE DELLA CONVENZIONE

La Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Spettabile Willis Italia S.p.A. (denominata Broker); di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente convenzione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker, il quale tratterà con la Società.

Si fa presente che tutte le comunicazioni alle quali la Contraente o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte con telex, telefax, telegramma, lettera raccomandata anche a mano o via e-mail alla Società oppure alla Willis Italia S.p.A. in qualità di Broker della Contraente.

POLIZZA RCTO n. 548447461-03 stipulata tra Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Carige Assicurazioni S.p.A. (estratto delle condizioni)

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione:

il contratto di assicurazione.

Polizza:

il documento che prova l'assicurazione.

Contraente:

il soggetto che stipula l'assicurazione il quale può identificarsi con l'Assicurato.

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Società:

la Carige Assicurazioni S.p.A.

Broker:

la Willis Italia SpA

Premio:

la somma dovuta alla Società.

Sinistro:

il verificarsi del fatto per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato un danno.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Massimale:

Massimo esborso della Società per ciascun periodo assicurativo annuo e per ciascun Assicurato indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate da ogni Assicurato nello stesso periodo.

Cose:

sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Franchigia:

Parte del danno risarcibile espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.

Scoperto:

Parte del danno risarcibile espresso in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - 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.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se i premi o le rate di premio successive non sono pagate, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art.1901 c.c.).

Art. 2 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono 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 (art. 1898 c.c.).

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 c.c.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio descritto in polizza; in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro nove giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

Devono inoltre far seguito nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del fatto dannoso di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro e successivamente a lui pervenuti.

Se l'Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia di sinistro, l'invio di documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, la Società ha diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 8 - Documenti da allegare alla denuncia di sinistro

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, che precede, si precisa che in caso di sinistro, l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia scritta di sinistro copia del bollettino postale di versamento del premio a favore della Contraente, relativo all'annualità assicurativa della richiesta di risarcimento, nonché del "Modulo di Adesione" e della "Lettera di Conferma Copertura", se in possesso dell'Assicurato stesso.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato, la Società e l'Assicurato hanno la facoltà di disdettare, a far tempo dalla prima scadenza annua successiva, la copertura assicurativa del singolo Assicurato che ha presentato la denuncia con un preavviso minimo di 60 giorni.

Nel caso la disdetta all'assicurato venga inviata dalla Società la stessa dovrà darne avviso scritto alla Contraente con le modalità che precedono la quale Contraente potrà esprimere parere contrario alla richiesta entro 30 giorni dalla ricezione del preavviso.

Art. 10 - Proroga della assicurazione

E' facoltà del singolo assicurato inviare disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima di ogni scadenza annuale. Diversamente quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 13 - Foro competente

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione

Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale di infermiere professionale, assistente sanitario e vigilatrice d'infanzia, anche nell'ambito dell'attività di Emergenza 118.

La Società si obbliga, altresì, a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di rivalsa esercitata dall'Ente presso cui esercita la propria attività professionale, per i casi di colpa grave.

Art. 15 - Estensione territoriale

L'assicurazione R.C.T. vale per i danni che avvengono nel mondo intero, con esclusione dei territori degli U.S.A., del Canada e Messico.

L'assicurazione R.C.O. vale per il mondo intero.

Art. 16 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- ✓ il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- ✓ personale dipendente soggetto all'assicurazione INAIL.

Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.

Art. 17 - Danni esclusi dalla assicurazione

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- d) alle cose trasportate sui mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;
- e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimenti di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- f) direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di Legge o di regolamenti inerenti l'attività sanitaria;
- g) i danni da attività di sperimentazione clinica;
- h) i danni da attività di ricerca;
- i) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- j) da furto;
- k) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- l) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- m) a cose di terzi che l'assicurato abbia in consegna e/o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- n) derivanti dalla proprietà di fabbricati e loro impianti fissi;
- o) derivanti da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.
- p)** verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.).

Art. 18 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

La Società assume fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale, amministrativa, designando, ove occorra, legali o tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano con essa concordati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(Ad integrazione delle precedenti Norme e prevalenti in caso di discordanza)

Art. 19 - Contraente ed Assicurati

Contraente della convenzione è la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

Assicurati sono i singoli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia che hanno aderito alla presente convenzione, pagando il relativo premio tramite versamento postale.

Possono aderire alla Convenzione esclusivamente gli iscritti ad un Collegio IPASVI in regola con le quote associative.

I premi assicurativi restano a carico degli Assicurati ai quali si intendono pure trasferiti i diritti e gli oneri della polizza, in base alla Condizioni di Assicurazione, per quanto concerne il singolo rapporto assicurativo.

Art. 20 - Gestione del contratto - Clausola Broker

La Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Spettabile Willis Italia S.p.A. (denominata Broker); di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto della Contraente dal Broker, il quale tratterà con la Società.

Si fa presente che tutte le comunicazioni alle quali la Contraente o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte con telex, telefax, telegramma, lettera raccomandata anche a mano o via e-mail alla Società oppure alla Willis Italia S.p.A. in qualità di Broker della Contraente.

Art. 21 - Validità della garanzia

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, purché conseguenti ad un comportamento colposo posto in essere non oltre tre anni prima della data di effetto della copertura assicurativa.

L'Assicurato dichiara, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 C.C., di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile.

Art. 22 - Garanzia postuma

In caso di cessazione dell'attività professionale nel corso del periodo contrattuale, la copertura assicurativa avrà effetto anche per le richieste di risarcimento presentate entro il termine di dodici mesi dalla data di cessazione della polizza, a condizione che il fatto che ha originato il sinistro si sia verificato durante il periodo di validità del contratto .

L'Assicurato ha inoltre la facoltà di prorogare ulteriormente il contratto allo scadere dei suddetti dodici mesi mediante apposita appendice, per un periodo di ulteriori 48 mesi dietro versamento in unica soluzione di un premio pari a 2 volte il premio dovuto nell'ultimo periodo di assicurazione trascorso.

Art. 23 - Limite di indennizzo

L'assicurazione è prestata fino a concorrenza del massimale indicato in polizza per ogni singolo Assicurato e per ciascun periodo assicurativo annuo o minor periodo compreso tra la data di inserimento nella garanzia e quella di scadenza annuale della polizza, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato medesimo nello stesso periodo di copertura.

Art. 24 - Coesistenza di altre assicurazioni

Qualora esista polizza di responsabilità civile stipulata dall'Azienda Sanitaria pubblica o da struttura privata ove l'Assicurato eserciti la professione, che assicura il personale sia dipendente che libero professionista, e/o polizza di responsabilità civile stipulata dall'Assicurato, la presente assicurazione agirà in eccesso ai massimali garantiti dalla/e polizza/e sopra indicata/e, e comunque fino alla concorrenza del massimale del presente contratto.

Resta inteso che in caso di non operatività dell'altra/e assicurazione/i, la presente polizza si intenderà operante a "primo rischio".

L'assicurazione vale anche per il caso di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria pubblica e/o da struttura privata o da chi per essa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 25 - Attività comprese nella garanzia

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante:

2. dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato;

1. per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti l'attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X **esclusivamente per scopi diagnostici;**

C) da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta. In questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%;

D) dal fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;

E) dall'applicazione del Dlgs. 196/2003;

F) da colpa grave.

Art. 26 - Proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale

(Valida solo per l'attività diversa da quella svolta in qualità di dipendente)

La garanzia è valida anche per la proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti ad eccezione dei danni derivanti da:

b) lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione, spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture e/o altri impianti;

c) rigurgiti di fogne;

d) umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali.

Inoltre in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti l'assicurazione è anche estesa alla responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.).

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

a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori

parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.lgs. ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

b) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 1124/65 e del D.lgs. 38/2000, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'inabilità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n 1124.

L'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge.

La garanzia R.C.O. non vale per le malattie professionali.