

Polizza RC professionale

Colpa Grave ex Legge Gelli
Convenzione SNAMI

2017- 2018

Scheda sintetica
(ver 1.1)

Gentile dottoressa, gentile dottore

in relazione alla convenzione in essere con SNAMI Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani, Le presentiamo una sintesi della soluzione assicurativa per la Responsabilità Civile Colpa Grave messa a punto da In Più Broker con i LLOYD'S a favore degli iscritti allo SNAMI.

Le ricordiamo che per il dettaglio delle condizioni contrattuali deve far riferimento alle condizioni di polizza ed al relativo fascicolo informativo predisposto dai LLOYD'S.

Persone assicurabili

I medici convenzionati iscritti allo Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani.

Le principali attività assicurabili sono :

Dirigenti Medici	Medici abilitati
Medici Convenzionati	Medici in formazione

Premio annuale

Massimale RCT/RCO	1.000.000,00
QUALIFICA	PREMIO ANNUO LORDO in Euro
Dirigente Medico e Veterinario e contrattisti	319,00
Medici convenzionati	278,00
Dirigente Sanitario non medico	192,00
Medici in formazione specialistica ed in medicina Generale	222,00
Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale	135,00
Componenti Comitato Etico	135,00
Dirigenti professionale, Tecnico e Amministrativo	135,00
Quadri sanitari / altro personale sanitario	45,00
Restante personale non sanitario	37,00

I premi indicati sono riferiti ad una retroattività di 10 anni.
Su richiesta è possibile inserire una retroattività ILLIMITATA

E' possibile richiedere la copertura anche per un massimale di 2.000.000,00 o 5.000.000,00 di Euro



POLIZZA RC PROFESSIONALE in CONVENZIONE SNAMI

Per informazioni contattare
Massimo Rivero
In Più Broker Srl
Tel 06 68192563 fax 06 6875346
email: polizza@convenzioneSNAMI.it



Puoi scansionare il QRcode con il tuo smartphone e memorizzare più semplicemente i dati del contatto.



Il dettaglio delle garanzie:

(per conoscere le condizioni specifiche è opportuno fare riferimento alle condizioni di polizza ed al fascicolo informativo predisposto dalla compagnia)

RISCHI ASSICURATI:	Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
	<p><i>Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza/Convenzione, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>azione di rivalsa esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria o sociosanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;</i> ▪ <i>azione di responsabilita' amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria o sociosanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.</i> 	
	Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
	<p><i>Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti o al Giudice ordinario per colpa grave a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.</i></p> <p><i>Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro per colpa grave.</i></p> <p><i>Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, ne' le spese legali e peritali dei procedimenti penali.</i></p>	

	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Articolo 7</td> <td>PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI</td> </tr> </table> <p><i>L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza/Convenzione e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie; se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.</i></p> <p><i>L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato, nella sua qualità di dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati. È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti. L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.</i></p>	Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI		
<p>INCLUSIONE DELLE "CIRCOSTANZE"</p>	<p>DEFINIZIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave;</i> • <i>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave.</i> 		
<p>COSA È ESCLUSO</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Articolo 8</td> <td>ESCLUSIONI</td> </tr> </table> <p>8.1 <i>Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza/Convenzione, sono esclusi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinitro come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;</i> b. <i>Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale, la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione dell'Azienda di Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;</i> c. <i>Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a</i> 	Articolo 8	ESCLUSIONI
Articolo 8	ESCLUSIONI		

comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a. *I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;*
- b. *I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;*
- c. *Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;*
- d. *I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;*
- e. *Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;*
- f. *I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;*
- g. *I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;*
- h. *I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;*
- i. *I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;*
- j. *Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);*
- k. *I Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;*
- l. *Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;*
- m. *I Danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;*
- n. *Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;*
- o. *I Danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;*
- p. *I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di*

	<p><i>amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;</i></p> <p><i>q. I Danni patrimoniali così come definiti nel glossario e comunque i danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;</i></p> <p><i>r. Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.</i></p>	
<p>CONDIZIONI valide sole se richiamate in polizza e se è stato corrisposto il relativo premio</p>	<p>Articolo 10</p>	<p>ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE</p>
<p>GESTIONE DEI SINISTRI e delle "CIRCOSTANZE"</p>	<p>Articolo 16</p>	<p>OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO</p>
	<p><i>Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.</i></p> <p><i>La notifica di una "Circostanza di sinistro" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.</i></p> <p><i>L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.</i></p> <p><i>La denuncia va fatta al coverholder dei Lloyd's od al Broker.</i></p> <p><i>Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.</i></p> <p><i>Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a una relazione confidenziale sui fatti.</i></p> <p><i>Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.</i></p> <p><i>Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.</i></p>	

POSSO FARE UNA DOMANDA?

Perché la polizza comprende solo la COLPA GRAVE per errore medico?

La legge 24/2017, più nota come Legge Gelli, ha apportato molte novità nel settore della responsabilità civile medica e della sua assicurazione. In particolare per la responsabilità civile professionale degli "esercenti la professione sanitaria", categoria in cui rientrano i medici, la norma semplifica il relativo profilo di rischio qualora svolgano la propria attività in qualità di personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. In questi casi l'art 10 prevede il solo obbligo della copertura assicurativa per la rivalsa in caso di colpa grave essendo la colpa lieve coperta dalla struttura stessa.

Ho già una polizza che scade tra X mesi, posso acquistare anche la polizza in convenzione SNAMI?

Le condizioni di polizza prevedono questa possibilità. In tal caso la polizza in essere sarà la polizza "base" (c.d. a primo rischio), la polizza in convenzione SNAMI interverrà qualora il massimale della garanzia base non fosse sufficiente (c.d. a secondo rischio). Per le garanzie non previste nella garanzia a primo rischio (ad esempio in caso di surrogazione da parte della compagnia di assicurazione della ASL o per sinistri rientranti in un periodo di retroattività non coperto dalla prima polizza), la polizza in convenzione SNAMI opererà a "primo rischio" ovvero come se l'altra polizza non esistesse.

Per questo motivo è opportuno precisare nel modulo di richiesta sia il numero di polizza che la compagnia che assicura la polizza "a primo rischio".

In questo modo, senza dover attendere la scadenza del primo contratto è possibile avere la totale garanzia per la propria attività, lasciando libero l'assicurato di disdire eventualmente la polizza già in essere.

E' sufficiente un massimale di 1.000.000,00€ od è meglio un massimale più elevato?

Premesso che è possibile sottoscrivere la polizza con un massimale fino a 5.000.000,00€ è anche vero che la legge Gelli prevede che la rivalsa non possa superare l'importo pari a tre volte il valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo. Se tale reddito è superiore a 333.333,33€ l'anno...allora è consigliabile sottoscrivere un massimale superiore, diversamente non serve.

Perché è importante che siano state inserite le "circostanze". Se non ci fossero state cosa accadrebbe?

Le "circostanze", per semplificare, sono sinistri che ancora non sono ufficialmente tali, ovvero non è stata ancora intrapresa una formale richiesta di risarcimento o non è stato notificato un avviso di garanzia. Un classico esempio potrebbe essere rappresentato da un invito a fornire informazioni

su un intervento chirurgico, ad esempio, da parte della direzione amministrativa di un ospedale.

L'assicurazione si basa sull'alea ovvero sul fatto che un evento possa o meno accadere. Se c'è la certezza, non può esserci l'assicurazione! Ecco perché prima di sottoscrivere un contratto (quello in convenzione SNAMI compreso) è necessario rispondere ad alcune domande una delle quali riguarda certamente la conoscenza o meno di eventi che potrebbero dare luogo ad una richiesta di risarcimento. Una "circostanza", appunto! Se si è a conoscenza di tali eventi la polizza che si va a sottoscrivere non li potrà ovviamente coprire!

Ma cosa accade se durante la durata del contratto vengo a conoscenza di una "circostanza" e questa non è espressamente gestita (e compresa) in polizza. Magari ad un mese dalla scadenza del contratto? Succede che la polizza in essere non la copre non essendo un sinistro. L'eventuale nuova polizza non lo coprirebbe comunque perché è un fatto noto che potrebbe comportare una possibile richiesta di risarcimento e quindi qualora la "circostanza" si trasformasse in "sinistro" nessuna delle due polizze (la vecchia e la nuova) la coprirebbe lasciando ricadere sul medico l'onere economico della liquidazione del sinistro.

Nella polizza in convenzione SNAMI invece, la "circostanza" è espressamente inclusa e gestita. Qualora si venisse a conoscenza di qualche "circostanza" sarà sufficiente darne comunicazione e anche in caso di disdetta del contratto per sottoscriverne un altro, se si dovesse trasformare in una richiesta di risarcimento e quindi in un sinistro, sarà polizza a farsene carico!

Una garanzia da non sottovalutare quindi!!

Svolgo, secondariamente, anche attività libero professionali specialistiche per le quali percepisco dei compensi. Posso assicurare anche questa attività?

Premesso che la polizza con le condizioni ed i relativi premi è stata strutturata sulla base del rischio derivante dall'attività di medico convenzionato, è comunque possibile estendere la garanzia assicurativa anche ad attività libero professionali di qualsiasi genere e per qualsiasi specializzazione.

Il diverso profilo di rischio (di natura di norma "contrattuale" e non più "extracontrattuale" come precisato dalla legge Gelli) rende però spesso necessaria una diversa attenzione alle garanzie da includere in contratto.

Non potendo generalizzare, è meglio in questi casi contattarci direttamente per avere una risposta precisa alle singole personali esigenze.

E' sufficiente una email a polizza@convenzioneSNAMI.it precisando i propri dati e l'attività svolta per ricevere una proposta personalizzata.

Da quando sono assicurato?

L'art 1901 del codice civile stabilisce che la decorrenza della garanzia sia dalle ore 24,00 del giorno in cui viene effettuato pagamento del premio e purchè, aggiungo io, non ci siano stati sinistri precedenti da dichiarare e siano stati inviati tutti dati per emettere la polizza.

Occhio quindi a predisporre per tempo la documentazione per la richiesta e ad effettuare il pagamento a mezzo bonifico per tempo debito.

Per questo motivo successivamente alla ricezione della della richiesta di polizza il contraente riceverà una email una conferma di copertura con l'indicazione delle garanzie richieste e della data di decorrenza delle garanzie. LA retroattività richiesta (decennale od ILLIMITATA) consentirà di comprendere da quel momento eventuali Sinistri e "circostanze" relativi anche all'attività pregressa.

Successivamente, non appena i LLOYD's provvederanno ad emettere il contratto (di norma entro 10 giorni lavorativi) il contraente riceverà per email il contratto che potrà stampare e conservare. Non sarà necessario nessun ulteriore adempimento formale.

Non sono iscritto allo SNAMI, posso stipulare ugualmente il contratto?

NO, la polizza è riservata ESCLUSIVAMENTE agli iscritti allo SNAMI.

Quanto dura l'assicurazione?

Il contratto ha durata annuale e non prevede il tacito rinnovo. Cessa quindi alla data di scadenza prevista in polizza.

Sono comprese le spese legali in caso di sinistro?

Le condizioni di polizza prevedono già nella garanzia BASE che :

"Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti o al Giudice ordinario per colpa grave a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

*Gli Assicuratori rispondono inoltre, **in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo (Nota: quindi ulteriore 250.000,00€ in caso di un massimale di 1.000.000,00€)**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro per colpa grave.*

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, ne' le spese legali e peritali dei procedimenti penali."

Se non fosse sufficiente è possibile richiedere una copertura di tutela legale in sede civile e/o penale in aggiunta.

A chi devo far riferimento per ogni esigenza riguardante il contratto?

La convenzione è stata stipulata grazie alla consulenza di In Più Broker srl .

Per questo motivo, per ogni esigenza è indispensabile far riferimento esclusivamente alla società di brokeraggio In Più Broker che interverrà prontamente per tutelare gli interessi dell'assicurato in ogni fase della gestione del contratto.