

Contratto di assicurazione della responsabilità colpa grave medica esercenti le professioni sanitarie del SSN

Il presente fascicolo informativo contenente:

- **Nota informativa, comprensiva del glossario**
- **Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

NOTA INFORMATIVA

Contratto di assicurazione della responsabilità colpa grave medica esercenti le professioni sanitarie del SSN

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale – Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma – Italia. Tel 06/3018.1 - fax 06/3018.3382 - www.groupama.it; info@groupama.it
Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.
Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato e relativo all'esercizio **2016**, il patrimonio netto della Società ammonta a **478,8** milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a **172,6** e a **306,2** milioni di Euro. Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II" (normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione entrata in vigore il 1° gennaio 2016), al 31/12/2016 sono pari a: **122,64%** che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e **257,08%** che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato con senza tacito rinnovo, salvo diversamente indicato, ed oggetto di espressa pattuizione e sottoscrizione.

AVVERTENZA: per gli aspetti di dettaglio relativi ai termini e alle modalità per l'esercizio della disdetta nonché per gli effetti che ne conseguono di rinvia agli articoli delle Condizioni di Assicurazione disciplinati dall'art. 17 - Facoltà di Recesso in caso di sinistro.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazione ed esclusioni

GLI ASSICURATORI, PER QUANTO PREVISTO DALLE CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA E SINO ALLA CONCORRENZA DEL MASSIMALE INDICATO, SI OBBLIGANO A TENERE INDENNE L'ASSICURATO DI OGNI SOMMA CHE QUESTI SIA TENUTO A PAGARE A TITOLO DI RESPONSABILITA' ERARIALE IN RELAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA IN POLIZZA, CONSEGUENTE AD ATTI, FATTI OD OMISSIONI A LUI IMPUTABILI PER COLPA GRAVE, NEI TERMINI E PER GLI EFFETTI RICONOSCIUTI CON SENTENZA PASSATA IN GIUDICATO DELLA CORTE DEI CONTI A SEGUITO DI ACCERTAMENTO E CONDANNA PERRESPONSABILITA' ERARIALE.

Per maggiori dettagli si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: per gli aspetti di dettaglio e relativi eventuali limitazioni e/od esclusioni delle coperture assicurative ovvero a condizione di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione e al mancato pagamento dell'indennizzo.

Presenza di franchigie, scoperti e massimale che sono comunque oggetto di particolare evidenza grafica si rinvia agli articoli delle Condizioni generali e particolari di assicurazione disciplinanti gli stessi.

Si rinvia quindi per gli aspetti di dettaglio agli artt. 3, 9, per meglio comprendere di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrare il meccanismo di funzionamento.

ESEMPI: Se l'indennizzo è quantificabile in € 2.000.000 la somma spettante all'assicurato sarà pari a € 2.000.000.

Se si verificano più danni sullo stesso ente di appartenenza per più assicurati, assicurato A sinistro da € 3.000.000, assicurato B sinistro da € 2.000.000, assicurato C sinistro da € 1.000.000, i tre indennizzi vengono liquidati non eccedendo la somma di € 5.000.000 per ogni assicurato e non eccedendo la somma totale di € 25.000.000 posti come limite per ente di appartenenza.

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

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Le conseguenze sono descritte all'articolo 25.1 delle condizioni di assicurazione, a cui si rinvia.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. La mancata comunicazione può comportare conseguenze sulla prestazione, per il dettaglio delle quali, si rinvia all'art. 12 delle condizioni di assicurazione. A titolo esemplificativo, una circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio potrebbe essere costituita da una variazione della professione dell'assicurato da Medico specialista in formazione a Dirigente Medico specialista.

6. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato o girato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico (per quest'ultimo solo qualora l'intermediario sia dotato di idoneo strumento), comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;

7. Rivalsa

La rivalsa è un diritto dell'assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando l'impresa, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno, la restituzione dell'intera somma corrisposta, o di parte di essa.

Per questa tipologia di garanzie non è operante.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA: Per gli aspetti di dettaglio relativi al diritto di recesso nonché per i termini e le modalità di esercizio tale diritto che può essere validamente esercitato dal Contraente Consumatore e dall'Impresa, si rinvia agli articoli disciplinati **FACOLTA' DI RECESSO** delle condizioni di assicurazione. Non è prevista la possibilità di stipulare contratti di durata pluriennale.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo abbia richiesto il risarcimento all'Assicurato o abbia promosso a tal fine contro di lui un'azione giudiziaria.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni.

I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Responsabilità Civile

Diversi sono soggetti ad aliquota pari a 22,25%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

In caso di sinistro, il contraente o l'assicurato devono darne avviso all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla società, ai sensi dell'articolo 1913 c.c., entro 15 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. Le eventuali spese per l'accertamento del danno sono a carico della Società, ove non diversamente contrattualizzato. Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 3.1 e 3.2 delle condizioni di assicurazione.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese 385 – 00136 Roma - fax: 06 80210979 - E-mail: reclami@groupama.it.

Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'Isvap, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

GLOSSARIO

Accessori

Rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Agente

Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione

Aggravamento (del rischio)

Si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipulazione del contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio. L'assicurato ha l'obbligo di segnalare immediatamente l'avvenuto aggravamento del rischio all'assicuratore.

Arbitrato

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione del contratto di assicurazione, con apposita clausola.

Assicurato

soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione (attività assicurativa)

Operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto (naturalmente o per disposizione di legge).

Assicurazione a primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'assicuratore si impegna a indennizzare il danno verificatosi fino a concorrenza del valore assicurato, indipendentemente dall'effettivo valore globale dei beni. Non si applica dunque, con questa forma di assicurazione, la cosiddetta regola proporzionale (articolo 1907 c.c.).

Assicurazione a valore intero

Forma di assicurazione per la quale il valore assicurato deve corrispondere al valore dei beni assicurati. Nel caso in cui quest'ultimo sia superiore al primo, si applica la regola proporzionale, per cui l'assicuratore indennizza il danno solo proporzionalmente al rapporto tra valore assicurato e valore dei beni.

Beneficiario

persona fisica o giuridica alla quale deve essere corrisposta la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Broker (mediatore) di assicurazione

intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione

Carenza (periodo di)

Periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace. Tale concetto trova applicazione solo in alcune forme di assicurazione ad esempio assicurazioni malattia.

Caricamenti (v. Accessori)

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può o meno coincidere con l'assicurato.

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale l'assicuratore, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Danno

Pregiudizio subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dalla vittima del fatto illecito in conseguenza di un sinistro.

Decorrenza della garanzia

Data a partire dalla quale la garanzia assicurativa diviene concretamente efficace.

Denuncia di sinistro

Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'agente a seguito di un sinistro.

Dichiarazioni precontrattuali

informazioni fornite dal contraente e/o dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente e/o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente e/o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diminuzione (del rischio)

Si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula di un contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso. Se l'assicuratore viene informato dell'avvenuta diminuzione del rischio, è tenuto a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione stessa.

Disdetta

Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Fascicolo informativo

Insieme dei documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto e che lo aiutano ad entrare in possesso di tutte le informazioni utili ad una valutazione completa del prodotto che gli viene offerto.

Fondo di garanzia per le vittime della strada

Fondo gestito dalla CONSAP, costituito per risarcire i danni causati da mezzi rimasti non identificati, oppure risultanti non assicurati, o assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa. In ciascuna regione (o gruppo di regioni) viene designata una impresa per la liquidazione dei danni.

Franchigia

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Franchigia Assoluta

Somma che rimane a carico dell'assicurato a prescindere dall'entità del danno.

Franchigia relativa

Somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla franchigia.

Impresa di assicurazione

società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Indennizzo

Somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato in caso di sinistro.

ISVAP

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo.

Margine di solvibilità

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa.

Massimale

La somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Se i danni procurati sono superiori a tale somma la differenza resta a carico del diretto responsabile

Nota informativa

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, che l'assicuratore deve consegnare al contraente

prima della conclusione del contratto di assicurazione.

Periodo di assicurazione

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa.

Polizza

È il documento che prova l'assicurazione.

Premio

Il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Principio indennitario

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione

Elemento fondamentale del rapporto di agenzia per il quale, a fronte dell'obbligazione in capo all'agente di svolgere l'attività diretta alla conclusione dei contratti, corrisponde l'obbligazione in capo al preponente (impresa di assicurazione) di corrispondergli il relativo compenso per gli affari che hanno avuto regolare esecuzione.

Questionario anamnestico

Detto anche questionario sanitario, è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento di una somma e rilasciata dal percettore della stessa. L'assicuratore rilascia quietanza del pagamento del premio da parte del contraente; l'assicurato o il terzo danneggiato rilasciano quietanza del pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

Risarcimento

Somma che il responsabile è tenuto a versare per risarcire il danno da lui causato o, comunque riconducibile alla sua responsabilità.

Rischio

La probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Riserve tecniche

Somme che le imprese di assicurazione devono accantonare ed iscrivere nel proprio bilancio per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e di persone terze danneggiate.

Rivalsa

Diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

Scoperto

Lo scoperto è la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno. Lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Somma assicurata

Importo nei limiti del quale l'assicuratore si impegna a fornire la propria prestazione.

Valore a nuovo

Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

Valore allo stato d'uso

Valore della cosa materiale nelle condizioni in cui si trova al momento del sinistro.

Valore assicurato

Rappresenta la misura dell'interesse sottoposto ad assicurazione.



Assicurazioni



BUCCHIONI'S STUDIO SAS ASSICURAZIONI

INTERMEDIARI AGENTI

POLIZZA COLLETTIVA

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"
ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**



Bucchioni's Studio Sas
Intermediari Agenti

CONTRAENTE:

BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI AGENTI

**VIA REDIPUGLIA, 15 19124 LA SPEZIA (SP)
ITALIA**

PARTITA IVA: 01089210114

GROUPAMA SPA

POLIZZA COLLETTIVA N° 107407366

SCHEDA DI POLIZZA

Polizza N°: 107407366

1. Parte Contraente:

BUCCHIONI'S STUDIO S.A.S. - INTERMEDIARI
AGENTI VIA REDIPUGLIA, 15 - 19124 LA SPEZIA
(SP) ITALIA
PARTITA IVA: 01089210114

Periodo di Validità della Polizza:

- 2.** Effetto: dalle ore 24:00 del 31/12/2017
3. Scadenza: alle ore 24:00 del 31/12/2018

- 4. Data Retroattività:** dalle ore 00:01 del 31.01.2001

- 5. Limite dell'Indennizzo per Risarcimento (Colpa Grave)** EUR 5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie.

- 6. Franchigia per ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento:** Nessuna.

7. Premi Annui Lordi: **Premio Annuale**

Qualifica assicurato

1. Dirigente Medico e Veterinario	€ 420,00
2. Medici Convenzionati e Contrattisti	€ 360,00
3. Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	€ 300,00
4. Medici Specialisti in formazione	€ 200,00
5. Componenti del Comitato Etico	€ 150,00
6. Quadri Sanitari altro Personale Sanitario Dirigenti Infermieristici	€ 70,00
7. Restante Personale non Sanitario	€ 50,00

8. Intermediario a cui è assegnato il Contratto:

Bucchioni's Studio S.a.s. - Intermediari Agenti (R.U.I. N. A000232125)
Via Redipuglia, 15 - 19124 La Spezia (Sp) - Italia
Tel. 0187 - 280122, Fax 0187 - 575808, E-mail colpagrave@bucchionistudio.it



Assicurazioni



BUCCHIONI'S STUDIO SAS ASSICURAZIONI

INTERMEDIARI AGENTI

9. Condizioni Assicurative Generali e Particolari: Nessuna

10. Condizioni Speciali/ Condizioni Integrative / Appendici: "Allegato A" - Modulo di Adesione

Milano,

IL CONTRAENTE

BUCCHIONI'S STUDIO Sas
V. Redipuglia, 15 - LA SPEZIA
Tel. 0187-280122 - Fax 0187-575808
Partita IVA 01089210114

LA COMPAGNIA

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.
Agenzia Generale della Spezia
Via Redipuglia, 15
Tel. 0187 280122 - Fax 0187 575808

Ufficio dei Periti Liquidatori:

COMUNICAZIONE DEI SINISTRI

La comunicazione deve essere inoltrata per scritto dall' **Assicurato** (o dal suo Intermediario) e indirizzata a:

Bucchioni's Studio sas
Via Redipuglia, 15 – 19124 La Spezia
Fax 0187 575808
Mail sinistricolpagrave@bucchioniassicurazioni.it

POLIZZA ASSICURATIVA "CLAIMS MADE"
(RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)

**VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL
PERIODO DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA**

La presente Polizza Collettiva è prestata nella forma "Claims Made", ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicurato:	Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici che abbia aderito alla presente Polizza Convenzione e abbia pagato il relativo premio.
Assicuratori (o "la Compagnia"):	GROUPAMA SPA Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma
Modulo di proposta:	Modulo per mezzo del quale il contraente manifesta la volontà di stipulare la polizza.
Certificato di Assicurazione:	Il documento che comprova l'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva.
Contraente:	Il soggetto indicato al punto 1 della Scheda di Polizza, che sottoscrive la presente Polizza Collettiva in qualità di mandatario non beneficiando dei diritti derivanti dal contratto stesso e non assumendo alcuna obbligazione in merito al pagamento dei premi dovuti dai singoli Assicurati, neppure in caso di omesso versamento o insolvenza dei medesimi.
Danno / Danni:	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.
Massimale:	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Perdite Patrimoniali:	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Periodo di Assicurazione:	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nell'Articolo 2 delle Condizioni di Assicurazione che seguono.
Polizza Collettiva:	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione. La presente Polizza Collettiva è stipulata "per conto di chi spetta" ai sensi dell'Art.1891 C.C.
Richiesta di Risarcimento:	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: 1) La comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni. 2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione 3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione. 4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la

stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo.

- 5) La comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato.
- 6) Il ricevimento da parte del Contraente Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge.
- 7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte della Struttura Sanitaria e/o l'Impresa di Assicurazione con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Non è considerata comunicazione formale della Struttura Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.

Sinistro:

L'evento in relazione al quale la richiesta di risarcimento, come sopra descritta, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Articolo 1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ
------------	--

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività indicata al punto 4 della Scheda di Polizza.

Articolo 2	PERIODO DI ASSICURAZIONE
------------	--------------------------

La presente Polizza Collettiva avrà durata di un anno, dalle ore 24:00 del giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza alle ore 24:00 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza. E' quindi inteso che, indipendentemente dalla data di adesione alla copertura assicurativa da parte dei singoli Assicurati, **tutti i Certificati di Assicurazione coperti in questa Polizza Collettiva avranno scadenza alle ore 24:00 del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendo prevista la tacita proroga dei singoli Certificati.**

Articolo 3	MASSIMALI DI GARANZIA
------------	-----------------------

Il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto dalla Legge n.24/2017: tre volte il reddito professionale ivi compresa la retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.
Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento non potrà superare quanto previsto al punto 5 della scheda di Polizza.

Articolo 4	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
------------	----------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale** e stabilito nel Certificato di Assicurazione, 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 a pagare a **titolo di responsabilità erariale** in relazione all'attività professionale dichiarata in polizza, conseguente ad atti, fatti od omissioni a lui imputabili per colpa grave, nei termini e per gli effetti riconosciuti con sentenza passata in giudicato della Corte dei Conti a seguito di giudizio di accertamento e condanna per responsabilità erariale.

È esclusa la garanzia in caso di dolo dell'assicurato da cui sia generata responsabilità erariale.

L'assicurazione è prestata anche nel caso di rivalsa nei confronti dell'assicurato ad opera dell'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge, nonché per l'eventuale esperimento dell'azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria **nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.**

L'assicurazione si intende estesa anche in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita; in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di €1.000.000 (un milione).

Fermo quanto previsto al precedente punto resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente, e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale/Ente Pubblico o comunque che non sia svolto nell'ambito della sua funzione di dipendente pubblico.

Articolo 5

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale 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 quale definito all'Articolo 3 e stabilito nel Certificato di Assicurazione, **ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

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.

Articolo 6

NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione :

- a. Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;**
- b. I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.**

Articolo 7

LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, **esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. 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, San Marino e la Città del Vaticano.**

Gli Assicuratori pertanto **non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano**, salvo che mediante deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 8

PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, **quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono**, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione ed 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.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente collaboratore e/o libero professionista operante all'interno e su incarico di strutture sanitarie pubbliche o in regime di libera professione intramuraria e/o in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché attraverso la telemedicina.

Articolo 9

ESCLUSIONI - FATTI NOTI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza Collettiva, sono escluse:

- 9.1.a. Richieste di risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 11 - Estensione**

Ultrattativa dell'Assicurazione;

Sono considerati Fatti Noti e non coperti dalla presente polizza di Assicurazione tutte le richieste di risarcimento come da Definizioni di polizza, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato.

I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita dalla scheda di copertura.

Sono parimenti esclusi:

- 9.2.a. I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- 9.2.b. I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 9.2.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;
- 9.2.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 7;
- 9.2.e. Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;
- 9.2.f. I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- 9.2.g. I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 9.2.h. I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- 9.2.i. I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- 9.2.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");
- 9.2.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;
- 9.2.l. Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 9.2.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;
- 9.2.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 ed accidentale;
- 9.2.o. I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- 9.2.p. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- 9.2.q. Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE

27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013.

- 9.2.r. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione salvo la tolleranza di 60 giorni.
- 9.2.s. I danni che siano riconducibili di obbligazioni contrattuali direttamente assunte dall'esercente la professione sanitaria con il paziente per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'art. 3 comma 5 lettera "e" del D.L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14.9.2011 n. 148, all'art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 17 e all'art. 3 comma 2 del decreto – legge 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8.11.2012 n. 189.

Articolo 10	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------	-------------------------

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono, ferma restando l'esperibilità dell'azione di regresso, fino ad un massimo del doppio della quota di pertinenza dell'Assicurato stesso ed entro il limite del massimale e non in eccedenza allo stesso.

Articolo 11	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
-------------	--

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione, come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'attività svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura, per i 10 (dieci) anni successivi, senza nessun Premio aggiuntivo come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017.

L'Assicurazione resta operante per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Valgono le modalità previste dall'Art. 1 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività.

Articolo 12	VARIAZIONI DEL RISCHIO
-------------	------------------------

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico, **l'assicurazione cesserà di diritto decorso un termine di preavviso di 30 (trenta) giorni decorrenti da quando gli Assicuratori avranno dichiarato all'Assicurato l'intenzione di avvalersi della presente clausola risolutiva.**

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza annuale, **ferma restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.**

Articolo 13	PAGAMENTO DEL PREMIO
-------------	----------------------

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 15 (quindici) giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione.

E' facoltà della parti riaccendere il contratto successivamente alla scadenza naturale con le medesime modalità previste dalla Polizza Collettiva

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 14	ONERI FISCALI
-------------	---------------

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

Articolo 15	RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - RESCINDIBILITÀ ANNUALE
-------------	---

Tanto la presente Polizza Collettiva avrà durata di anni 1 e potrà essere disdettata da ambo le parti entro 90 giorni dalla scadenza naturale tramite raccomandata o pec.

I Certificati di Assicurazione emessi ai sensi della stessa cessano alla data di scadenza indicata al punto 3 della Scheda di Polizza, senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo né la tacita proroga.

Resta fermo quanto indicato all'art. 13.

Articolo 16	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
-------------	------------------------------------

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 17	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
-------------	--

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro", è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa.

La richiesta formale da parte della Struttura Sanitaria di relazione tecnico-sanitaria senza una formale messa in mora od imputazione di responsabilità non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario a cui è assegnato il contratto (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza).

In caso di non rinnovo viene concesso un periodo di tolleranza di 30 (trenta) giorni oltre la scadenza della copertura assicurativa per eventuali denunce di sinistri occorsi durante il periodo di assicurazione.

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a GROUPAMA SPA.

La 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.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 16, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 18	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	------------------------------------

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 60 (sessanta) giorni.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 19	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 20	FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Compagnia che ha in gestione il contratto.

Articolo 21	CLAUSOLA BROKER
--------------------	------------------------

Con la sottoscrizione del Certificato di Assicurazione l'Assicurato conferisce al Broker indicato nel Certificato stesso il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- Ogni comunicazione fatta al Broker sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dal Broker sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Ai sensi dell'Art. 55, comma 1, lett. a) del Regolamento ISVAP N. 5 del 16 Ottobre 2006, la Compagnia autorizza espressamente il Broker all'incasso dei premi dai Clienti e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto.

Articolo 22	NORME DI LEGGE
--------------------	-----------------------

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Articolo 23	MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA COLLETTIVA
--------------------	---

Per l'adesione alla presente Polizza Collettiva è previsto che ciascun Assicurato provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nel Certificato ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ai sensi dell'Art. 30, comma 7 del Regolamento ISVAP N° 35 del 26 Maggio, 2010 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.

Ciascun Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo d'Adesione (facsimile di cui all'“Allegato A”) e corrispondere l'importo del premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

- Dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza, come risultante dal Certificato di Assicurazione e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione delle adesioni (indicato al punto 9 della Scheda di Polizza), a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.
- In considerazione del fatto che le scadenze dei singoli Certificati saranno tutte al giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, sarà data la possibilità ai singoli Assicurati di aderire alla Polizza Collettiva entro 60 (sessanta) giorni dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza con decorrenza e copertura assicurativa retroattive dal giorno indicato al punto 2 della Scheda di Polizza. Resta fermo quanto disposto dal capoverso a).

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Adesione ed il pagamento del relativo premio comportano l'automatica adesione alla presente Polizza Collettiva, salvo quanto di seguito specificato. L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando in occasione della prima adesione alla presente Polizza Collettiva **attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di cui all'“Allegato A” quanto richiesto ai punti (3) e (4) del Modulo di Adesione stesso.**

Per gli Assicurati che rinnovano la copertura assicurativa l'adesione sarà sufficiente sottoscrivere una dichiarazione riportante tutti i dati dell'Assicurato e la manifesta volontà di rinnovare il contratto.

In assenza di comunicazioni da parte degli Assicuratori entro i 45 (quarantacinque) giorni stabiliti, l'adesione si intende accettata alle normali condizioni contrattuali; l'effetto dell'adesione decorre dalle date indicate al successivo paragrafo regolante la disciplina delle adesioni.

In caso di mancata accettazione da parte degli Assicuratori, sarà data specifica comunicazione all'assicurando, il quale avrà diritto alla restituzione del premio.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni diverse tra loro presso diversi Enti Sanitari, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione, pagandone il relativo premio, la mansione a più elevato rischio.

Articolo 24	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica secondo la tabella riportata al punto 8 della Scheda di Polizza.

Essendo facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza del giorno indicato al punto 3 della Scheda di Polizza, si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/12 per ogni mese di garanzia con un premio minimo di sei mesi.

Il Contraente fornirà alla Compagnia, tramite l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, un rendiconto mensile, in formato elettronico da convenirsi, delle singole adesioni alla presente Polizza Collettiva, contenente perlomeno le seguenti informazioni di base:

- Dati anagrafici completi di ciascun Assicurato;
- Ente di appartenenza, Regione di appartenenza di ciascun Assicurato;
- Qualifica, specialità, occupazione di ciascun Assicurato;
- Data di adesione / effetto della copertura, data di scadenza della copertura di ciascun Assicurato;
- Premio o rateo di premio di ciascun Assicurato, con distinta tra imponibile e lordo imposte.

Il rendiconto contenente le informazioni di cui sopra, relativamente all'attività di ciascun mese della presente Polizza Collettiva, sarà trasmesso alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

L'Intermediario a cui è assegnato il contratto è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alle adesioni alla presente Polizza Collettiva, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Articolo 25**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E LIMITAZIONI DI GARANZIA**

Con l'adesione alla presente polizza l'Assicurato prende atto che la copertura assicurativa è subordinata alle seguenti limitazioni di garanzia e dichiarazioni:

25.1. Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Strutture Sanitarie Pubbliche. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.

25.2. Che in forza della legge e del C.C.N.L ed in applicazione di accordi e convenuti interventi con la Struttura Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.

25.3. Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo, come da termini di Legge, ricade sulla Azienda Sanitaria con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione. Gli Assicuratori per quanto sopra pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle richieste di risarcimento delle definizioni di polizza, potranno essere chiamati in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa grave sia dalla Struttura Sanitaria che dalla Compagnia di Assicurazione. Nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato chiamato in giudizio o nella procedura stragiudiziale del danno, gli Assicuratori, per quanto previsto dalla legge, copriranno l'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo entro un anno dall'avvenuto pagamento del danno a terzi.

25.4. Di avere ricevuto dal Contraente o dall'Intermediario, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della presente Polizza Collettiva.

Articolo 26	RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE
-------------	------------------------------------

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione, oppure la cessazione dell'assicurazione stessa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

Articolo 27	ESTENSIONE CONTINUITA' DI COPERTURA
-------------	-------------------------------------

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo 9.1.a Esclusioni, gli Assicuratori si impegnano nei termini e alle condizioni della presente polizza a tenere indenne gli Assicurati che abbiano già contratto in precedenza polizza convenzione colpa grave Groupama relativamente a qualsiasi richiesta di risarcimento a condizione che:

- A) Tali richieste danni non siano già state denunciate all'Assicuratore a condizione che l'inadempimento dell'obbligo di denunciare e/o l'omissiva dichiarazione nel modulo di proposta non siano dovuti a dolo.
- B) I fatti o circostanze sopra specificati non siano stati denunciati su polizze di assicurazione precedentemente stipulate a copertura dei medesimi rischi di cui alla presente Polizza, ovvero siano stati denunciati su polizze che non prevedevano nella definizione di sinistro i medesimi fatti o circostanze.

IL CONTRAENTE

BUCCHIONI'S STUDIO Sas
V. Redipuglia, 15 - LA SPEZIA
Tel. 0187-280122 - Fax 0187-575808
Partita IVA 011089210114

LA COMPAGNIA

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.
Agenzia Generale della Spezia
Via Redipuglia, 15
Tel. 0187 280122 - Fax 0187 575808

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

- (a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:
- (i) presentate per la prima volta all'Assicurato, e
 - (ii) debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.
- (b) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

Il Contraente dichiara di avere preso puntuale visione in ogni sua parte della polizza GROUPAMA SPA, in particolare delle Condizioni Generali e Particolari del presente Modello "COLPA GRAVE MEDICA_POLIZZA_v12_SADT_SC", e delle relative Condizioni Speciali, Condizioni Integrative e Appendici indicate nel Punto 11 del Prospetto, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi dell'Art. 30, comma 7 del Regolamento ISVAP N° 35 del 26 Maggio, 2010 è fatto obbligo al Contraente di consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte, oltre ad eventuali Appendici di precisazione o variazione eventualmente emesse successivamente alla stipula della Polizza Collettiva.

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza Collettiva:

Articolo 1	Forma dell'assicurazione ("Claims Made") - Retroattività
Articolo 9	Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione Claims Made" - Art. 9.1)
Articolo 15	Rinnovo o proroga dell'assicurazione – Rescindibilità annuale
Articolo 16	Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
Articolo 17	Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Articolo 18	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 21	Clausola Broker
Articolo 25	Dichiarazioni dell'Assicurato

La presente polizza viene emessa in tre esemplari, di 16 (sedici) pagine ciascuno, ad un solo effetto (comprensive dell'"Allegato A - Facsimile Modulo di Adesione", di una pagina).

IL CONTRAENTE

BUCCHIONI'S STUDIO Sas
V. Redipuglia, 15 - LA SPEZIA
Tel. 0187-280122 - Fax 0187-575808
Partita IVA 01089210414

LA COMPAGNIA

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.
Agenzia Generale della Spezia
Via Redipuglia, 15
Tel. 0187 280122 - Fax 0187 575808



APPENDICE DI PRECISAZIONE

DATI CONTRATTO

Agenzia **LA SPEZIA** Cod. Agenzia **N00938** Cod. SubAgenzia
N. POLIZZA **107407366** N. Repertorio Tacito Rinnovo **Si**
Dalle Ore 24:00:00 del **31/12/2025** Alle Ore 24:00 del **31/12/2026** Durata: Anni **1** Mesi **0** Giorni **0**
Scadenza Copertura **31/12/2026** Frazionamento **Annuale** Data Emissione **18/03/2026**

CONTRAENTE

Denominazione **BUCCIONI'S STUDIO SRL** C.F. **01089210114** P.I. **01089210114** Sesso
Data di nascita **10/02/2000** Luogo di nascita **LA SPEZIA**
Indirizzo **VIA REDIPUGLIA** N. Civico **15** CAP **19124**
Località **LA SPEZIA** Comune **LA SPEZIA** Provincia **SP** Nazione **IT**
Telefono cellulare **0187280124**

Data Effetto Appendice **31/12/2025**

Su richiesta del Contraente si precisa che:

APPENDICE ADEGUAMENTO POLIZZE ASSICURATIVE STRUTTURE SANITARIE, SOCIOSANITARIE, ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE (L. 24/2017 Gelli-Bianco e succ. Decreto n°232 del 15 Dic.2023 Pubblicazione G.U. 1 Marzo 2024)

Con la presente appendice che forma parte integrante della polizza N. **107407366** e che modifica e integra le condizioni di polizza solo se più favorevoli all'assicurato, si prende atto tra le parti delle seguenti modifiche relative alle condizioni di assicurazione, in ottemperanza ed adeguamento delle Leggi, Decreti e Regolamenti (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche "Legge"; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U. 1 Marzo 2024, di seguito anche "Decreto") per la determinazione dei requisiti minimi della polizza assicurativa collettiva.

Di seguito articoli e glossario che modificano, abrogano e integrano le condizioni di polizza:

GLOSSARIO:

- a) assicurato: il titolare dell'interesse coperto dall'assicurazione, la struttura o l'esercente la professione sanitaria o l'esercente attività libero professionale;
- b) contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagarne il premio;
- c) assicuratore: l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209;
- d) contratto di assicurazione: il contratto, regolato dall'articolo 1882 e ss. del codice civile, avente ad oggetto i rischi descritti all'articolo 3 derivanti dall'attività della struttura sanitaria o dell'esercente la professione sanitaria;
- e) denuncia: atto con il quale l'assicurato deve dare avviso scritto del sinistro, di cui alla successiva lettera o) all'assicuratore;
- f) esercente la professione sanitaria: il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria;
- g) esercente attività libero professionale: attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con





il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;

- h)** struttura: la struttura sanitaria e sociosanitaria pubblica e privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi;
- i)** fondo rischi: fondo della struttura con appostazione in bilancio di somme riferentesi ai rischi in corso nell'anno di esercizio e che si protrarranno nell'esercizio successivo;
- j)** fondo riserva sinistri: fondo della struttura con appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati;
- k)** revisore legale: una persona fisica abilitata a esercitare la revisione legale ai sensi del codice civile e delle disposizioni del decreto legislativo 27 gennaio 2010 n. 39 e iscritta nel Registro ovvero una persona fisica abilitata ad esercitare la revisione legale in un altro Stato membro dell'Unione europea ai sensi delle disposizioni di attuazione della direttiva 2006/43/CE, come modificata dalla direttiva 2014/56/UE, vigenti in tale Stato membro;
- l)** Legge: legge 8 marzo 2017 n. 24;
- m)** massimale di garanzia: la somma massima per importi non inferiori a quelli stabiliti all'articolo 4 del Decreto liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro o nei casi di cui all'ultimo periodo della successiva lettera **o**);
- n)** premio: l'importo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore;
- o)** sinistro: la richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. « **claims made** ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività di cui all'articolo 5, comma 2, nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività; costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato. In caso di polizza di cui all'articolo 10, comma 3, della Legge, il sinistro è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato. Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia. Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula **claims made** altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso);
- p)** misure analoghe: misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera che prevedono l'assunzione diretta, totale o parziale, del rischio da parte della struttura;
- q)** SIR: (**Self Insurance Retention**) quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di corrispondente gestione, istruzione e liquidazione del sinistro;
- r)** franchigia: elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.

LIMITI DI INDENNIZZO

L'Assicurazione è prestata fino alla concorrenza dei Massimali identificati di seguito, distinguendosi tra:

Massimale per sinistro:

La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro;

Massimale per anno:

La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima è tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri relativi ad un medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente da quante siano le Richieste di





ECCEZIONI OPPONIBILI

Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificamente per iscritto, le seguenti eccezioni:

- a)** **a)** fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
 b) fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto;
 c) le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
d) **d)** il mancato pagamento del premio.

Resta fermo quanto previsto dall'articolo 38-bis del decreto legge 6 novembre 2021, n. 152. Convertito con modificazioni dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233.

LA SPEZIA li, 31/12/2025

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Firma del Contraente

BUCCHIONI'S STUDIO S.R.L.
Via Redipuglia 15 - 19124 La Spezia
CE/P.IVA 01089210113





APPENDICE DI PRECISAZIONE

DATI CONTRATTO

Agenzia **LA SPEZIA** Cod. Agenzia **N00938** Cod. SubAgenzia
N. POLIZZA **107407366** N. Repertorio Tacito Rinnovo **Sì**
Dalle Ore 24:00:00 del **31/12/2025** Alle Ore 24:00 del **31/12/2026** Durata: Anni **1** Mesì **0** Giorni **0**
Scadenza Copertura **31/12/2026** Frazionamento **Annuale** Data Emissione **23/03/2026**

CONTRAENTE

Denominazione **BUCCHIONI'S STUDIO SRL** C.F. **01089210114** P.I. **01089210114** Sesso
Data di nascita **10/02/2000** Luogo di nascita **LA SPEZIA**
Indirizzo **VIA REDIPUGLIA** N. Civico **15** CAP **19124**
Località **LA SPEZIA** Comune **LA SPEZIA** Provincia **SP** Nazione **IT**
Telefono cellulare **0187280124**

Data Effetto Appendice **31/12/2025**

Su richiesta del Contraente si precisa che:

Si dà e si prende atto che, a far data dal 31/12/2025, la ragione sociale del contraente di polizza è variata in BUCCHIONI'S STUDIO SRL.

FERMO ED INVARIATO IL RESTO

LA SPEZIA li, 31/12/2025

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Firma del Contraente

BUCCHIONI'S STUDIO S.R.L.
Via Redipuglia 15 - 19124 La Spezia
C.F./P.I.A. 01089210114

