

# **CAPITOLATO-SCHEMA DI CONTRATTO**

**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER  
L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI  
“POLIZZA ASSICURATIVA AD ADESIONE VOLONTARIA PER LA  
RESPONSABILITA’ PROFESSIONALE DEGLI ISCRITTI ALL’ORDINE DELLA  
PROFESSIONE DI OSTETRICA” PER CONTO DI FNOPO- FEDERAZIONE  
NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA - SULLA BASE  
DEL CRITERIO DELL’OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA  
CIG B604BD46AB**

Approvato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione CNI con delibera n.9 del 18/02/2025

**STIPULATA TRA:  
“FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA  
PROFESSIONE DI OSTETRICA - FNOPO”**

Di seguito denominata “CONTRAENTE”

e

La/le Società.....  
di seguito denominata/e "SOCIETA”

per l'Assicurazione a favore di tutte/i le/gli Iscritte/i all'Albo della Professione di Ostetrica

**CON DURATA**

Dalle ore 24.00 del ...../...../..... alle ore 24.00 del ...../...../.....

**DEFINIZIONI**

Nel testo che segue, si intendono per:

<b>Assicurati:</b>	a) tutte/i le/gli iscritte/i all'Albo professionale della Professione di Ostetrica di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 che abbiano aderito alla presente Polizza Collettiva ad Adesione nelle forme e nei modi previsti dalla documentazione di gara  b) i soggetti di cui al punto a) che precede e che cesseranno l'attività in corso di vigenza della polizza, con ultrattività di quindici anni (o maggiore secondo quanto previsto dalla variante migliorativa n.3) a decorrere dalla data di cessazione dell'attività;
<b>Assicurazione:</b>	la presente Polizza Collettiva ad Adesione
<b>Attività Assicurata:</b>	quella prevista e disciplinata dalla normativa di riferimento, nonché quella sviluppata o resa possibile dall'introduzione di nuove tecnologie. Sono espressamente oggetto di copertura assicurativa le attività connesse con lo svolgimento dell'attività

	professionali quali a titolo esemplificativo e non esaustivo attività gestionali, di coordinamento, di ricerca scientifica, formazione, docenza, consulenza.
<b>Broker</b>	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, Aon S.p.A. Via Calindri 6 - 20143 Milano - RUI B000117871
<b>Contraente</b>	Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (di seguito anche per brevità FNOPO)
<b>Parti</b>	La FNOPO, la Società e l'Assicurato
<b>Periodo di Assicurazione</b>	Il periodo per il quale è stato pagato il premio.
<b>Premio</b>	La somma complessiva dovuta dall'Assicurato alla Società a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dalla Società.
<b>Persone delle quali l'Assicurato deve rispondere</b>	Tutti i soggetti delle cui azioni od omissioni l'Assicurato sia civilmente responsabile ai sensi di Legge
<b>Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze</b>	<p>Quella che per prima tra le seguenti situazioni viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato o, nel caso di azione diretta, agli Assicuratori, l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;</li> <li>2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;</li> <li>3. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;</li> <li>4. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazioni ex. art. 13 L. 24/2017;</li> </ol>

	<p>5. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>6. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>7. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza richiede una relazione tecnico-sanitaria;</p> <p>8. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>9. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico;</p> <p>10. il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex art. 696 bis del codice di procedura civile;</p> <p>11. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.</p>
<b>Albo/i</b>	il/i Registro/i tenuto/i dai singoli Ordini della Professione di Ostetrica (O.P.O.) territoriali e nei quali vengono iscritte/i le/gli ostetriche/i
<b>Danno</b>	qualsiasi conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato che sia oggetto di una Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze, compresi i danni patrimoniali a terzi e i danni da Responsabilità Amministrativa connessi con l'Attività Assicurata.
<b>Sinistro</b>	la prima richiesta scritta di risarcimento presentata dal danneggiato all'Assicurato in relazione all'attività garantita con la presente Polizza, nonché le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
<b>Società</b>	l'impresa assicuratrice .....
<b>Esercente la professione sanitaria non libero professionista</b>	L'esercente la Professione di Ostetrica che svolga la propria attività professionale a qualsiasi titolo all'interno di una struttura sanitaria o socio-sanitaria purché non in adempimento di una propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.
<b>Esercente la professione sanitaria libero professionista</b>	L'esercente la Professione di Ostetrica che svolga la propria attività professionale al di fuori di una struttura sanitaria o socio-sanitaria o che, svolgendo l'attività all'interno di una struttura sanitaria o socio-sanitaria, si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente.

<b>Terzo</b>	la persona fisica o giuridica sia pubblica che privata che possa avanzare pretese in relazione ai rischi per i quali è prestata l'Assicurazione, compresa la struttura sanitaria presso la quale viene esercitata l'Attività Assicurata.
--------------	--

## SEZIONE PRIMA

### ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

#### I. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

##### Art. 1. - Il rischio assicurato.

L'Assicurazione è prestata per la copertura della responsabilità civile professionale e quindi per il risarcimento dei Danni causati dagli Assicurati nell'esercizio dell'Attività Assicurata.

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare o a rimborsare a terzi per Danni involontariamente causati da negligenza, imprudenza o imperizia e violazione di norme, senza distinzione del grado di colpa e ferma solo l'esclusione del dolo, e dei quali egli sia civilmente responsabile ai sensi di legge nell'esercizio dell'Attività Assicurata.

Se nel modulo di Adesione si è scelta l'opzione "*Esercente la professione sanitaria non libero professionista*" la copertura assicurativa è limitata all'attività svolta in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private.

Se nel modulo di Adesione si è scelta l'opzione "*Esercente la professione sanitaria libero professionista*" la copertura assicurativa comprende sia l'attività effettivamente svolta come "*libero professionista*" sia l'attività svolta come "*non libero professionista*" anche se cessata.

In caso di responsabilità solidale dell'assicurato è coperta la responsabilità dell'Assicurato per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali. L'Assicurazione comprende inoltre la responsabilità dell'Assicurato che sia consegnatario di valori in caso di furto e rapina; l'assicurazione di cui al presente capoverso è prestata fino alla concorrenza di un importo pari a Euro 10.000 per ogni sinistro con il limite di Euro 20.000 per anno assicurativo e per Assicurato.

L'Assicurazione vale altresì per la responsabilità derivante da fatto doloso o colposo delle persone delle quali l'Assicurato deve rispondere.

##### Art. 2. - I rischi esclusi.

1) La presente Polizza non copre:

1. i Danni causati da dolo dell'Assicurato;
2. i Danni causati dall'Assicurato nel periodo in cui si sia trovato sospeso per qualunque motivo dall'esercizio dell'Attività Assicurata;
3. l'Assicurato che, in occasione del rinnovo annuale, non provveda al versamento del Premio entro sessanta giorni, pena la nullità e la "mancanza di effetto dall'origine" della garanzia per lo stesso;
4. i Danni causati al coniuge, agli ascendenti ai discendenti, ai parenti conviventi dell'Assicurato;
5. i Danni, le perdite, i costi, e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti ai seguenti eventi (indipendentemente da qualsiasi altra causa o atto che interagisca contestualmente o in qualsiasi altra sequenza al sinistro):
  - a. Guerra, ostilità o operazioni belliche (sia che la guerra sia dichiarata che non sia dichiarata); invasione; atti di un nemico di nazionalità diversa da quella dell'Assicurato o atti di un nemico di nazionalità diversa dal Paese in cui, o su cui gli atti vengono compiuti;

- guerra civile; rivolta; ribellione (sommossa); insurrezione; rivoluzione; caduta del governo legalmente costituito; tumulti civili che assumono proporzioni di insurrezione; potere militare; usurpazione di potere;
- b. Qualsiasi atto di terrorismo.
- 2) Sono altresì esclusi i Sinistri derivanti da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze verificatisi prima della data di decorrenza del primo periodo di assicurazione fatto salvo il ricorrere congiunto dei seguenti punti:
- a. che al momento di tali Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fosse in vigore una polizza di assicurazione;
- b. che tale polizza di assicurazione non consentisse l'apertura di un sinistro per Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come definiti nella presente polizza  
In questo caso la Società tiene indenne l'Assicurato alle condizioni della presente polizza per le conseguenze di tali Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che dovessero manifestarsi in vigenza di contratto o durante il periodo di ultrattività.
- La presente esclusione non si applica se la Richiesta di Risarcimento e/o fatto e/o Circostanza al ricorrere congiunto dei seguenti punti:
- i. si sia verificata successivamente alla data di decorrenza della prima polizza stipulata in convenzione con FNOPO;
- ii. tra la data di decorrenza di cui al punto 1 e la denuncia di Sinistro ci sia continuità assicurativa con polizze in convenzione con FNOPO;
- 3) Sono opponibili ai terzi esclusivamente le seguenti eccezioni:
- a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b. i 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) e r) del Decreto, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge;
- 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.

### **Art. 3. - Massimale di Polizza**

Per i sinistri cagionati in qualità di "*Esercente la professione sanitaria non libero professionista*" per ciascun Assicurato il massimale è pari a euro 2.000.000,00 (euro duemilioni/00) per anno assicurativo e per singolo Sinistro o, in alternativa, è pari a Euro 5.000.000,00 (euro cinquemilioni/00) per anno assicurativo e per singolo Sinistro per chi abbia aderito all'opzione di massimale relativa e versato il Premio corrispondente.

Per i sinistri cagionati in qualità di "*Esercente la professione sanitaria libero professionista*" il massimale è pari a euro 2.000.000,00 (euro duemilioni/00) per singolo Sinistro e euro 6.000.000,00 (euro seimilioni/00) per anno o, in alternativa, è pari a Euro 5.000.000,00 (euro cinquemilioni/00) per singolo Sinistro e euro 6.000.000,00 (euro seimilioni/00) per anno per chi abbia aderito all'opzione

di massimale relativa e versato il Premio corrispondente.

## II. INIZIO E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

### Art. 4. - Delimitazioni temporali

1. **RETROATTIVITA'**: La garanzia è valida per le richieste di risarcimento presentate per iscritto per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa qualunque sia l'epoca del fatto, azione od omissione che abbia dato origine alla richiesta di risarcimento.
2. **ULTRATTIVITA' IN CASO DI CESSAZIONE\***: In caso di cessazione per qualsiasi causa dell'attività in corso di vigenza della presente Polizza saranno indennizzabili, alle condizioni di cui alla presente Polizza, le Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato o ai suoi eredi entro 15 (quindici) anni dalla cessazione dell'attività. L'estensione di cui al presente punto 2 si intende automaticamente operante. Il massimale sarà unico per l'intero periodo e non sarà possibile per la Società recedere anticipatamente dalla garanzia.

*\*Testo in sostituzione di quello sopra nel caso di accettazione della "Ultrattività in caso di cessazione" Illimitata come variante migliorativa:*

2. **ULTRATTIVITA' IN CASO DI CESSAZIONE**: *In caso di cessazione per qualsiasi causa dell'attività in corso di vigenza della presente Polizza saranno indennizzabili, alle condizioni di cui alla presente Polizza, le Richieste di Risarcimento presentate successivamente alla data di cessazione dell'attività senza limiti temporali. Il massimale sarà unico per l'intero periodo e non sarà possibile per la Società recedere anticipatamente dalla garanzia.*

## III. SINISTRI

### Art. 5. - Denuncia del sinistro e obblighi delle parti

L'Assicurato deve comunicare, per iscritto, al Broker qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che lo riguardino entro 15 giorni dal momento nel quale ne è venuto a conoscenza.

Le denunce dovranno essere effettuate esclusivamente a mezzo degli appositi moduli predisposti dal Broker, il quale, ricevuta la denuncia, dovrà istruire la pratica, anche richiedendo chiarimenti e/o ulteriore documentazione.

Detta comunicazione deve contenere:

- a. la descrizione del fatto e, per quanto conosciute, delle conseguenze;
- b. la copia di tutta la documentazione in possesso dell'Assicurato;
- c. il nome e il domicilio del richiedente e, se conosciuti, quelli degli altri danneggiati.

In ogni caso l'Assicurato non deve ammettere la propria responsabilità, né raggiungere accordi o

transazioni senza il preventivo consenso scritto della Società.

In caso di ricezione di atti giudiziari, questi dovranno essere sempre inviati in copia al Broker entro 5 giorni dal ricevimento degli stessi.

L'Assicurato deve, inoltre, trasmettere ogni altra informazione e prestare la propria collaborazione per la gestione del Sinistro.

Ogni denuncia di Sinistro dovrà essere inviata esclusivamente al Broker che gestisce la Polizza.

Qualsiasi denuncia inoltrata al Broker si intende come inoltrata alla Società.

Le denunce in parola dovranno essere effettuate esclusivamente a mezzo degli appositi moduli predisposti dal Broker, il quale, ricevuta la denuncia, dovrà istruire la pratica, anche richiedendo chiarimenti e/o ulteriore documentazione.

La Società deve comunicare le proprie decisioni in ordine al Sinistro, all'interessato e al Broker entro 30 giorni dal ricevimento dell'avviso di Sinistro e della relativa documentazione. In particolare, la Società dovrà comunicare se ritiene opportuno resistere alla pretesa del terzo danneggiato o se intende provvedere immediatamente al pagamento.

La Società deve altresì immediatamente comunicare al Broker l'esito di ogni singola denuncia di Sinistro e i pagamenti eventualmente effettuati nonché trasmettere tutta la documentazione in proprio possesso riguardante il sinistro.

Resta fermo l'obbligo per la Società di ammettere denunce pervenute direttamente dal danneggiato ai sensi dell'Art. 12 della L. 24/2017 - Azione diretta del soggetto danneggiato.

#### **Art. 6. - Gestione delle vertenze**

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

Sono a carico della Società, ai sensi dell'art. 1917 c.c., le spese sostenute dall'Assicurato per resistere all'azione del danneggiato, compreso il tentativo di conciliazione ex art. 696 bis del Codice di procedura civile, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in Polizza per il Danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Società e Assicurato, in proporzione dei rispettivi interessi.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze.

La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tale obbligo.

La Società non rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa accettati o designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale fermo quanto previsto dal primo capoverso del presente articolo.

Senza il previo consenso dell'Assicurato, la Società non può pagare risarcimenti ai reclamanti. Nell'eventualità in cui l'Assicurato opponesse un rifiuto ad una transazione raccomandata per iscritto dalla Società, preferendo resistere alle richieste del reclamante o proseguire l'eventuale azione legale in corso, la Società non sarà obbligata a liquidare una somma maggiore rispetto a quella per la quale riteneva di transigere, oltre alle spese legali e di giudizio sostenute con il consenso della stessa fino alla data in cui l'Assicurato ha opposto il rifiuto.

#### *Tentativo di Mediazione/ negoziazione assistita*

Nel caso in cui l'Assicurato venga convocato per il tentativo di mediazione/ negoziazione assistita i relativi costi saranno sostenuti dalla Società nel caso in cui la sua partecipazione a dette procedura venga autorizzata per iscritto dalla stessa. L'eventuale nomina di un legale da parte dell'Assicurato in tale procedura dovrà parimenti essere oggetto di specifica autorizzazione scritta da parte della Società affinché la stessa ne sostenga i costi.

#### *Nomina del legale difensore e altre facoltà.*

L'Assicurato ha sempre facoltà di proporre alla Società un legale di propria fiducia la cui nomina è subordinata al benessere della Società. Eventuali spese legali non autorizzate dalla Società saranno a carico dell'Assicurato.

### **Art. 7 - Sinistri in serie**

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).

### **Art. 8. - Altre assicurazioni**

Qualora l'Assicurato al momento della prima richiesta scritta di risarcimento sia coperto individualmente con una polizza personale di assicurazione della responsabilità professionale, la garanzia oggetto della presente Polizza opererà comunque a primo rischio.

### **Art. 9. - Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia alla rivalsa verso le persone del cui operato l'Assicurato debba rispondere. Tuttavia, la rinuncia alla rivalsa non opera nei confronti delle persone del cui operato l'Ostetrica/o debba rispondere, nel caso in cui gli eventi siano imputabili a dolo di tali persone.

## **IV. COMUNICAZIONI**

### **Art. 10. – Comunicazioni della Società**

La Società è tenuta a fornire al broker e alla Contraente con cadenza trimestrale la statistica certificata inerente all'andamento della polizza dalla quale risulti:

1. Codice professionale (dipendente o libero professionista);
2. Numero sinistro attribuito dal Broker;
3. Numero sinistro attribuito dalla Società;
4. Data accadimento;
5. Data richiesta di risarcimento Data denuncia;
6. Descrizione evento (campo libero);
7. Codice sinistro (codice attività da elaborare: ad es. danni materiali, etc.);
8. Importo reclamato (se conosciuto);
9. Importo riservato dalla Compagnia;

10. Importo spese dei fiduciari (legale, perito etc) riservate;
11. Importo spese dei fiduciari (legale, perito etc.) pagate;
12. Importo liquidato sinistro;
13. Data di chiusura (senza seguito o data liquidazione);
14. Data di ultima riservazione.

## **SEZIONE SECONDA**

### **NORME GENERALI PER L'ATTIVAZIONE E GESTIONE DELLA POLIZZA**

#### **Art. 11. – Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia**

La presente Polizza è stipulata dalla Contraente: Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, FNOPO, a favore di Tutte/i le/gli iscritte/i all'Albo della Professione di Ostetrica di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3.

La garanzia decorre automaticamente dalle h. 24.00 del giorno di versamento del Premio e scade alle h. 24.00 dell'ultimo giorno del Periodo Assicurativo annuale nel corso del quale è stata effettuata l'adesione.

In occasione dei rinnovi annuali la garanzia:

- decorre dalle ore 00 della data di decorrenza se entro 60 giorni è stato versato il relativo Premio;
- in caso di mancato versamento entro 60 giorni la garanzia è sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno e si riattiva con effetto dalle ore 24 del giorno di versamento del Premio;
- in caso di mancata riattivazione della garanzia la Società rinuncia ad agire nei confronti del Contraente o del singolo assicurato per la riscossione dell'importo dovuto per il rinnovo. In caso di sinistro per la verifica della regolarità amministrativa farà fede la data del versamento del Premio.

#### **Art. 12. –Premio**

Il Premio che ciascun Assicurato aderente alla Polizza Collettiva corrisponde è pari a:

ETA' AL MOMENTO DELL'ADESIONE/RINNOVO	MASSIMALE PER SINISTRO	MASSIMALE AGGREGATO ANNUO PER ASSICURATO	PREMIO
Esercente la professione sanitaria non libero professionista			
fino a 40 anni compiuti	EURO 2.000.000,00	EURO 2.000.000,00	Eur 88 (ottantotto)
fino a 40 anni compiuti	EURO 5.000.000,00	EURO 5.000.000,00	Eur 95 (novantacinque)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	EURO 2.000.000,00	EURO 2.000.000,00	Eur 118 (centodiciotto)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	EURO 5.000.000,00	EURO 5.000.000,00	Eur 132 (centotrentadue)
da 61 anni compiuti	EURO 2.000.000,00	EURO 2.000.000,00	Eur 161 (centosessantuno)
da 61 anni compiuti	EURO 5.000.000,00	EURO 5.000.000,00	Eur 184 (centoottantaquattro)
Esercente la professione sanitaria libero professionista			
fino a 40 anni compiuti	EURO 2.000.000,00	EURO 6.000.000,00	Eur 382 (trecentoottantadue)
fino a 40 anni compiuti	EURO 5.000.000,00	EURO 6.000.000,00	Eur 441 (quattrocentoquarantuno)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	EURO 2.000.000,00	EURO 6.000.000,00	Eur 625 (seicentoventicinque)
da 41 anni compiuti e fino a 60 anni compiuti	EURO 5.000.000,00	EURO 6.000.000,00	Eur 698 (seicentonovantotto)
da 61 anni compiuti	EURO 2.000.000,00	EURO 6.000.000,00	Eur 1.102 (millecentodue)
da 61 anni compiuti	EURO 5.000.000,00	EURO 6.000.000,00	Eur 1.249 (milleduecentoquarantanove)

Il Premio è dovuto:

- per intero per le adesioni pervenute nei primi 4 mesi del Periodo Assicurativo annuale di riferimento;
- nella misura del 75% del contributo annuale per le adesioni pervenute dal 5° all'8° mese del Periodo Assicurativo annuale di riferimento; nella misura di 50% del contributo annuale per le adesioni pervenute dal 9° al 12° mese del Periodo Assicurativo annuale di riferimento.

#### **Art. 13. – Durata della Polizza - Cessazione della garanzia–**

La durata della presente Polizza è fissata in due anni, e cioè per il periodo che va dalle ore 24.00 del ...../...../..... alle ore 24.00 del ..../...../..... suddivisi in periodi assicurativi di un anno, con espressa rinuncia alla facoltà di recesso da parte della Società nei confronti del singolo Assicurato, anche in caso di sinistro.

Salvo quanto previsto dall'articolo 4 punto 2) della Sezione Prima della Polizza, l'Assicurazione

cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato in caso di cessazione, per qualsiasi causa, dell'Attività Assicurata.

#### **Art. 14. – Modificazioni – Comunicazioni – variazione di attività**

Le modificazioni della presente Polizza debbono risultare da atto scritto, firmato dai Contraenti e dalla Società.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere effettuate mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, telegramma, posta elettronica certificata o fax inviati ai rispettivi indirizzi indicati in epigrafe.

1) In caso di variazione: Se un'Ostetrica/o già Assicurata/o come “esercente la professione sanitaria libero professionista” varia l'attività in corso d'anno passando a “esercente la professione sanitaria non libero professionista” il premio versato si intende acquisito e il nuovo premio si calcolerà a valere per la nuova annualità. Tale variazione fa scattare la ULTRATTIVITA' IN CASO DI CESSAZIONE prevista all'art. 4.2 relativamente all'attività svolta in qualità di “esercente la professione sanitaria libero professionista”.

2) Se viceversa un'Ostetrica/o già Assicurata/o come “esercente la professione sanitaria non libero professionista” inizia a svolgere attività di Ostetrica in qualità di “esercente la professione sanitaria non libero professionista”, la garanzia sarà estesa alle conseguenze dell'attività svolta come “esercente la professione sanitaria libero professionista” a far data dalle ore 24 della comunicazione di variazione.

Il rateo di premio relativo dovrà essere pagato dall'Assicurato entro 30 giorni dalla ricezione della relativa appendice di variazione.

E' espressamente compresa la validità della RETROATTIVITA' per l'attività svolta come “esercente la professione sanitaria non libero professionista”, anche se la stessa fosse cessata.

#### **Art. 15. – Condizioni Aggiuntive**

**CONDIZIONE AGGIUNTIVA STUDIO (garanzia operante solo se richiamata nella scheda di copertura e se versato il relativo premio)**

##### 1) CONDUZIONE DELLO STUDIO PROFESSIONALE

La Società tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni (morte, lesioni personali, danneggiamenti a cose) involontariamente cagionati a terzi, nella sua qualità di conduttore dei locali adibiti a studio, compresi i relativi impianti ed attrezzature, e le relative pertinenze. Relativamente ai danni causati da spargimento di acqua, la garanzia è prestata con un limite di indennizzo di euro 100.000,00. L'assicurazione vale anche per la responsabilità che possa derivare all'Assicurato da fatto, anche doloso, delle persone di cui debba rispondere con esclusione della responsabilità civile per fatto di eventuali appaltatori.

La garanzia non comprende i danni derivanti:

- da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;
- da spargimenti d'acqua, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali.

##### 2) GARANZIA RCT/O

La Società risponde delle Richieste di Risarcimento conseguenti ai danni involontariamente cagionati a terzi per morte, e luogo di lavoro anche se non direttamente connessi all'attività professionale esercitata.

Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

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

1) ai sensi degli Artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D. Lgs., addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

2) ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei citati D.P.R. 1124/65 e D.Lgs. 38/2000, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali conseguenti ad infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente non inferiore al 6%, calcolata sulla base dei criteri adottati dall'I.N.A.I.L.

I titolari, i Soci, i familiari coadiuvanti sono equiparati ai dipendenti limitatamente alla rivalsa INAIL.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge salvo che l'inosservanza degli obblighi di legge derivi da comprovata inesatta interpretazione delle norme di legge in materia.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222.

Da tale assicurazione sono comunque escluse le malattie professionali.

La garanzia è operante dopo un periodo di carenza pari a 30 giorni.

Si intendono esclusi i danni:

- a) alle opere edili in costruzione ed alle cose sulle quali si eseguono i lavori, ai beni e attrezzature utilizzate per lo svolgimento dell'attività aziendale;
- b) cagionati da macchine, merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi;
- c) da opere ed installazioni in genere dopo il loro compimento e quelli conseguenti ad omessa esecuzione di lavori di manutenzione, riparazione e posa in opera;
- c) cagionati da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e da impiego di aeromobili, nonché da navigazione di natanti a motore;
- d) cagionati da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona che non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;
- e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- f) a cose in genere dovuti ad assestamento o vibrazioni del terreno, nonché derivanti da gelo, da umidità, stillicidio od insalubrità dei locali;
- g) derivanti da inosservanza di obblighi assunti per contratto;
- h) derivanti da detenzione ed impiego di esplosivi, mine e simili che non siano legalmente detenuti, conservati ed usati;
- i) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.).

Si precisa che per le garanzie RC CONDUZIONE ed RCTO l'operatività decorre dalle ore 24,00 del giorno di pagamento del premio e riguarda esclusivamente i danni verificatisi in vigenza di copertura, senza retroattività (c.d. operatività Loss Occurrence)

MASSIMALE

La CONDUZIONE AGGIUNTIVA STUDIO si intende prestata per un massimale di Euro 500.000,00 per sinistro e per e abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.

**CONDUZIONE AGGIUNTIVA ADEGUAMENTO ALLA LEGGE 124/2017 - Art. 1, comma 26 (c.d. Legge sulla Concorrenza): ultrattività in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa**

L'aggiudicatario si impegna a garantire agli Assicurati che ne facciano espressa richiesta, in mancanza di rinnovo della copertura assicurativa stipulata per il tramite della Polizza Collettiva ad adesione per propria volontà, o perché la stessa non fosse più nella disponibilità dei singoli soggetti, un periodo di ultrattività della copertura per Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 (dieci) anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura, compresa la retroattività. Il massimale per tale garanzia sarà unico per i 10 (dieci) anni, senza facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore nel periodo, e sarà pari a quello in vigore alla scadenza della copertura.

A tal fine:

il Premio per l'Assicurato richiedente la garanzia ultrattiva di cui sopra sarà commisurato al Premio dell'ultimo Periodo Assicurativo annuale, nella misura di seguito indicata:

PREMIO INDIVIDUALE PARI A 4 (QUATTRO) VOLTE L'ULTIMO PREMIO ANNUALE (o inferiore in base alla variante migliorativa n. 4).

**CONDUZIONE AGGIUNTIVA Estensione retroattività ad attività libero professionale per Assicurato "dipendente-parasubordinato" - RUN-OFF**

L'Assicuratore si impegna a garantire la copertura di Sinistri che siano la conseguenza di Eventi Dannosi verificatisi prima dell'attivazione della Copertura Assicurativa purché rientranti nel periodo di retroattività, anche nell'eventualità in cui l'Assicurato che riveste al momento dell'adesione la qualifica di "Dipendente-parasubordinato", abbia svolto in passato attività come libero-professionista.

Tale garanzia è subordinata a:

- il rispetto dei limiti e delle condizioni di polizza;
- la preventiva acquisizione di una "Dichiarazione di assenza Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze".

Verrà emessa apposita appendice con validità 10 (dieci) anni a partire dalla data di adesione.

Il massimale è da intendersi unico per l'intero periodo.

Il premio per l'Assicurato sarà calcolato nella misura che segue:

PREMIO INDIVIDUALE PARI A 1 (UNA) VOLTA IL PREMIO ASSICURATIVO DOVUTO DALL'ASSICURATO AL MOMENTO DELL'ADESIONE PER ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE.

**Art. 16 – Clausola Broker**

La FNOPO dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del Broker Aon S.p.A. Via Calindri 6 - 20143 Milano RUI B000117871, incaricato ai sensi del D.lgs 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Aderente o il Contraente è tenuto, devono/possono essere fatte per iscritto al Broker. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente o dall'Assicurato/Aderente al

Broker si intenderà come fatta alla Società stessa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente o dall'Assicurato/Aderente stesso così come ogni comunicazione fatta dalla Società al broker si intenderà fatta al Contraente o all'Assicurato/Aderente.

**Art. 17 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 e ss.mm.ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

**Art. 18 – Norme del Codice Civile**

Per quanto non espressamente previsto nella presente polizza, si applicano le norme del Codice Civile che regolano il Contratto di Assicurazione.

Per approvazione e conclusione dei rapporti contrattuali portati dalla presente Polizza Luogo

e data: \_\_\_\_\_

CONTRAENTE  
(FNOPO) \_\_\_\_\_

LA SOCIETA'

XYZ \_\_\_\_\_

CLAUSOLE DA APPROVARE SPECIFICATAMENTE PER ISCRITTO

A CURA DELLA SOCIETA'

Luogo e data: \_\_\_\_\_

CONTRAENTE (FNOPO) \_\_\_\_\_

La FNOPO dichiara di approvare specificatamente la seguente clausola:  
Sono opponibili ai terzi esclusivamente le seguenti eccezioni:

- a. i 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. 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

Luogo e data: \_\_\_\_\_

CONTRAENTE ( FNOPO) \_\_\_\_\_

LA SOCIETA'

\_\_\_\_\_