

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO ed. 11_2017

DATI DELL'INTERMEDIARIO E DELLA SUA ATTIVITA'		
PARTE I – INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERMEDIARIO		
Tabella 1.1 - Dati identificativi dell'intermediario		
Ragione sociale	Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Broker	<p>Nota per il contraente Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) sul sito internet dell'IVASS www.ivass.it.</p>
Sede legale	Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano (MI)	
Numero di iscrizione al RUI	B000117871 - Sez. B	
Data di iscrizione al RUI	12 marzo 2007	
Telefono	848 444 414	
Indirizzo e-mail	simi@aon.it	
Sito Internet	www.aonprofessionalservices.it	
Ragione sociale	US Underwriting Solutions SRL	
Sede legale	Via Santa Radegonda, 11 20121 - Milano	
Numero di iscrizione al RUI	A000485912	
Data di iscrizione al RUI	18 aprile 2014	
Telefono	02 45434 617	
Indirizzo e-mail	underwriting_office@agencyus.it	
Sito Internet	www.agencyus.it	
Tabella 1.2 - Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta		
IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale 21 - 00187 ROMA		
PARTE II - INFORMAZIONI RELATIVE A POTENZIALI SITUAZIONI DI CONFLITTO D'INTERESSI		
Tabella 2.1 - Dichiarazioni dell'intermediario		
<p>a. Aon S.p.A. NON detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una Impresa di Assicurazione.</p> <p>b. Nessuna Impresa di Assicurazione o impresa controllante di un'Impresa di Assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di Aon S.p.A..</p>		
Tabella 2.2 – Contratti proposti		
<p>a. AON S.p.A fornisce consulenza basata su analisi imparziali. Le valutazioni tecniche sono proposte in seguito all'analisi dei contratti offerti dalle primarie Imprese di Assicurazione del mercato idonei a soddisfare i bisogni del contraente.</p> <p>b. Aon S.p.A propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di proporre esclusivamente i contratti di una o più Imprese di Assicurazione.</p> <p>c. Su richiesta del contraente, Aon S.p.A. può fornire la denominazione delle Imprese di Assicurazioni con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari.</p>		
PARTE III - INFORMAZIONI RELATIVE ALLE FORME DI TUTELA DEL CONTRAENTE		
Tabella 3.1 - Informazioni generali		
<p>Ai sensi dell'articolo 117 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle Imprese di Assicurazione, se regolati per il tramite degli intermediari, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio degli intermediari stessi.</p> <p>L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali degli intermediari o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato gli intermediari devono rispondere a norma di legge.</p> <p>Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà di rivolgersi, al: Fondo di garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.p.A.) Via Yser, 14 – Roma – Tel.: +39 06/85.796.1 per chiedere il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.</p> <p>Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare per iscritto i reclami di pertinenza dell'intermediario Aon SpA a mezzo di posta ordinaria all'indirizzo: Via Andrea Ponti 8/10, 20143 Milano, a mezzo Fax al numero [02 45434.810] o via e-mail alla casella di posta elettronica: reclami.aonspa@aon.it, all'attenzione della Funzione Reclami AON SpA, indicando:</p> <p>i) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>ii) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>iii) breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo e numero di polizza oggetto del reclamo;</p> <p>iv) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p> <p>La Funzione Reclami provvederà quindi a rispondere al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso con le medesime modalità utilizzate dal reclamante per il suo invio. Resta comunque salva la possibilità per il contraente e l'assicurato, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario entro il termine di 45 giorni, di rivolgersi all'IVASS, Servizio Vigilanza Intermediari, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, compilando l'apposito modulo reso disponibile dall'Autorità sul sito internet www.ivass.it, integrando le informazioni sopra richieste da (i) a (iv) con la copia del reclamo presentato ad AON e dell'eventuale riscontro ricevuto.</p> <p>Per le controversie relative al presente contratto, gli aventi diritto hanno la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria ovvero di rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra cui ad esempio, la possibilità di adire l'Organo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio principale del Contraente o dei soggetti che intendano far valere i diritti derivanti dal contratto.</p>		

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO ed. 11_2017

Tabella 3.2 - Nota importante per il contraente
<p>Ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2006, il pagamento del premio eseguito in buona fede ad Aon S.p.A. o ad i suoi collaboratori, ha effetto liberatorio per il contraente e/o l'assicurato nei confronti dei Sottoscrittori presso i Lloyd's e conseguentemente impegna i Sottoscrittori presso i Lloyd's a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.</p>

PARTE IV - INFORMAZIONI RELATIVE AI PRINCIPALI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEL CONTRAENTE

Tabella 4.1 – Obblighi dell'intermediario
<p>a. Prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto consegnano al contraente copia del documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;</p> <p>b. Prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione ed ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;</p> <p>c. Sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;</p> <p>d. Informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;</p> <p>e. Consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;</p> <p>f. Possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1; 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto) con il limite di 1.000,00 euro per ciascun contratto, nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di 750,00 euro annui per ciascun contratto.

PARTE V – LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL BROKER E DECADENZA DALL'AZIONE DI RESPONSABILITÀ

<p>Con riferimento ai rapporti professionali intercorrenti con il cliente e con riferimento ai rapporti assicurativi stipulati o stipulandi tramite l'intermediazione di Aon S.p.A. nonché ai sinistri che sono o saranno gestiti tramite Aon, si precisa che:</p> <p>Aon S.p.A. adempie ai suoi obblighi nel rispetto dei principi generali di cooperazione, correttezza e buona fede vigenti nell'ordinamento legislativo italiano ed in particolare uniforma i suoi comportamenti alle regole ed alla normale diligenza proprie della sua professionalità. In caso di sua inadempienza agli obblighi assunti Aon risponderà dei danni causati nei termini e limiti di seguito indicati:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Aon S.p.A. risponderà, secondo legge, senza limiti di valore per i danni causati quale conseguenza immediata e diretta di inadempienza imputabile a colpa grave o dolo; b) Nel caso in cui l'inadempienza di Aon sia imputabile a colpa lieve, la stessa risponderà esclusivamente: <ol style="list-style-type: none"> b.1) dei danni emergenti fino ad un valore massimo di euro 2.000.000,00 (duemilioni), importo che in tal caso si intende accettato come limite massimo di responsabilità civile valevole per ognuno e comunque globalmente per tutti gli addebiti azionabili; b.2) a condizione che il reclamo venga inviato a mezzo raccomandata a.r., a pena di decadenza, entro e non oltre un anno dalla data in cui si è avuta (o si sarebbe dovuto avere) conoscenza dell'inadempimento.

PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE POLIZZE OFFERTE

PARTE VI - INFORMAZIONI GENERALI

Tabella 6.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1

Operatività dell'assicurazione CLAIMS MADE	<p>l'assicurazione opera su base claims made</p> <p>la copertura assicurativa, pertanto, è operante esclusivamente per le richieste di risarcimento inoltrate all'assicurato nel periodo di assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non anteriormente alla data di inizio retroattività e che vengano denunciate agli assicuratori entro 30 giorni dalla fine del periodo di assicurazione. In caso di più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo, la data della prima richiesta di risarcimento è considerata come data di tutte le richieste di risarcimento</p>
Retroattività	<p>è il periodo di 10 anni precedenti la decorrenza della polizza, nell'ambito del quale devono essere stati posti in essere i comportamenti colposi che danno origine a richieste di risarcimento di cui l'assicurato viene a conoscenza nel periodo di durata di assicurazione</p>
Ultrattività	<p>l'assicurazione è operante a favore dell'assicurato o dei suoi eredi per le richieste di risarcimento pervenute nei 10 anni successivi alla cessazione dell'attività, purché relative a comportamenti colposi posti in essere nel corso del periodo di</p> <p>efficacia della polizza (comprensivo della retroattività), in caso di cessazione dell'attività professionale da parte dell'assicurato le richieste di risarcimento devono essere denunciate agli assicuratori entro 30 giorni dalla fine del periodo di ultrattività</p>
Decorrenza e durata dell'assicurazione	<p>la polizza decorre dalle ore 00.01 del 1° giorno del mese nel corso del quale viene ricevuto dal broker il modulo di proposta e la copertura assicurativa è operante dal medesimo momento se è stato pagato il relativo premio la polizza termina il 31 dicembre, indifferentemente dalla data di decorrenza</p> <p>pertanto, il primo periodo di assicurazione è pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 anno per tutte le polizze nascenti da moduli di proposta ricevuti dal broker entro il 31 gennaio • la frazione di anno corrispondente per le polizze nascenti da moduli di proposta ricevuti dal broker successivamente al 31 gennaio

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO ed. 11_2017

	i successivi periodi di assicurazione sono pari ad un anno
Rinnovo dell'assicurazione	<p>al termine del periodo di assicurazione, l'assicurazione si intende automaticamente rinnovata alle medesime condizioni in corso, salvo ricorra almeno una delle due seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'assicurato sia a conoscenza di: <ul style="list-style-type: none"> ○ sinistri che debbano essere denunciati agli assicuratori ○ fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti nell'assicurazione • l'attività professionale dichiarata abbia subito variazioni non precedentemente comunicate agli assicuratori e da questi espressamente accettate ai fini dell'assicurazione • la polizza convenzione stipulata tra SIMI. e gli assicuratori risulti ancora valida <p>in tali ipotesi, è facoltà degli assicuratori procedere a separata valutazione del rischio ed alla eventuale applicazione di differenti condizioni per il rinnovo ovvero all'annullamento del medesimo con restituzione del premio eventualmente corrisposto</p>
Assicurato	<ul style="list-style-type: none"> ○ il medico regolarmente iscritto all'Albo ○ lo specializzando ○ il medico in quiescenza <p>iscritti a SIMI, che esercitino la propria attività presso un ospedale, un istituto o altro stabilimento sanitario facente capo alla sistema sanitario pubblico</p>
Massimale	<p>importo che, in caso di sinistro, rappresenta il massimo indennizzo che gli assicuratori sono tenuti a versare ai danneggiati a fronte dell'obbligo dell'assicurato di risarcire i danni provocati ai danneggiati medesimi</p> <p>il massimale opera per ogni sinistro e per anno assicurativo, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'assicurato nello periodo di assicurazione e dal numero delle persone danneggiate</p> <p>il massimale è a scelta fra Euro 2.500.000,00; Euro 1.000.000,00; Euro .500.000,00 . I medici specializzandi hanno a loro disposizione unicamente il massimale di Euro 2.000.000,00</p>
Richiesta di Risarcimento	<p>è considerata richiesta di risarcimento quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave. • 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 o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali; • l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c. ; • 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 di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24; • 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) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; • 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; • la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico; • il ricevimento da parte dell' Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione; • la Comunicazione Formale con cui 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, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL. <p>non è considerata comunicazione formale della struttura sanitaria pubblica di appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria</p>
Sinistro	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.
PARTE VII – RISCHI ASSICURATI	
Tabella 7.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1	
Responsabilità Civile	tutela il patrimonio dell'assicurato contro l'esborso di somme da corrispondere a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, con accertamento della colpa grave dell'assicurato medesimo, in relazione allo svolgimento di tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'assicurato in qualità di medico o di specializzando, che eserciti o abbia esercitato l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con un ospedale, un istituto o altro stabilimento sanitario, inclusa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti
Responsabilità Amministrativa	la responsabilità gravante sull'Assicurato che per inosservanza degli obblighi o doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato

**INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO
DAL CONTRATTO ed. 11_2017**

Altri rischi coperti	l'assicurazione opera anche con riferimento alla responsabilità dell'assicurato per danni a terzi derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave
PARTE VIII – LIMITI DI INDENNIZZO	
Tabella 8.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1	
Ultrattività	100% del massimale, indipendentemente dal numero dei sinistri
PARTE IX – LIMITI DI OPERATIVITÀ	
Tabella 9.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1	
Altre assicurazioni	in caso di sinistro, qualora sia in corso altra polizza per la responsabilità civile professionale, l'assicurazione opera solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti
Ultrattività	Se durante il Periodo di Assicurazione, l'attività professionale svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante per i 10 (dieci) anni successivi, senza nessun Premio aggiuntivo come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017.
Responsabilità Solidale	l'assicurazione opera limitatamente alla quota di pertinenza dell'assicurato
Validità territoriale	l'assicurazione opera per comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea ed in Svizzera, purché le relative richieste di risarcimento siano fatte valere in Italia
PARTE X – ESCLUSIONI	
Tabella 10.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1	
Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma «claims made», sono esclusi:	
1. i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;	
2. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.	
Sono esclusi dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze:	
a. derivanti da prestazioni non erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;	
b. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;	
c. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;	
d. in relazione a 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;	
e. fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;	
f. per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;	
g. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;	
h. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;	
i. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;	
j. derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);	
k. relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed 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);	
l. relativi a 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;	
m. relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;	
n. 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;	
o. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;	
p. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;	
q. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.	



**INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO
DAL CONTRATTO ed. 11_2017**

non sono considerati terzi:

- il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive
- i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA CHE LO STESSO SIA VINCOLATO DAL CONTRATTO ed. 11_2017

PARTE XI – PREMIO					
Tabella 11.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1					
Premi annui	Massimale di garanzia	€ 500.000,00	€ 1.000.000,00	€ 2.000.000,00	€ 2.500.000,00
	Attività esercitata				
	Dirigente di struttura	300,00	350,00	Garanzia non prestata	370,00
	Dirigente medico	285,00	310,00		350,00
	Medico contrattista	240,00	270,00		300,00
	Specializzando				210,00
Retroattività illimitata aumento 40% su premio annuo lordo					
Premio alla firma	<ul style="list-style-type: none"> ○ 100% del premio annuo per le polizze con decorrenza 1° gennaio, 1° febbraio, 1° marzo, 1° aprile, 1° maggio, 1° giugno (moduli di proposta ricevuti dal broker entro il 30 giugno) ○ 50% del premio annuo per le polizze con decorrenza 1° luglio, 1° agosto, 1° settembre, 1° ottobre, 1° novembre, 1° dicembre (moduli di proposta ricevuti dal broker successivamente al 30 giugno) 				
Premio di rinnovo	è pari al 100% del premio annuo				
PARTE XII – ASSICURATORI					
Tabella 12.1 – Responsabilità Civile per Colpa Grave del Medico Ospedaliero iscritto a SIMI – Il sindacato dei Medici DV17000CIM1					
Alcuni sottoscrittori dei Lloyd's di Londra					
DIRITTI DEL CONTRAENTE IN RELAZIONE ALL'UTILIZZO DI TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA					
<p>Il contraente ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente - il modulo di proposta per l'apposizione della relativa sottoscrizione - le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione <p>su supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) o altro supporto durevole (file in formato pdf a mezzo e-mail), nonché di modificare liberamente la scelta effettuata.</p>					
<p>In ogni caso, il contraente ha il diritto di richiedere, senza oneri aggiuntivi, la ricezione su supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) della seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente - il modulo di proposta per l'apposizione della relativa sottoscrizione - le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione 					
<p>L'intermediario invia e richiede al contraente la sottoscrizione e la ritrasmissione il modulo di proposta. Il contraente, per la sottoscrizione e la restituzione, può utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo (a mezzo fax o posta) o altro supporto durevole (file in formato pdf a mezzo e-mail).</p>					
DIRITTO DI RECESSO PER RIPENSAMENTO					
<p>Il contraente dispone di un termine di 14 giorni per recedere dal contratto senza doverne indicare il motivo; tale termine decorre dalla data della conclusione del contratto, ossia la data dell'ordine bonifico effettuato per il pagamento del premio.</p> <p>Ai fini dell'esercizio del diritto di recesso, il contraente deve inviare comunicazione scritta a mezzo fax al n. 02.87230069 ovvero a mezzo lettera raccomandata A.R. da recapitarsi ad Aon S.p.A. – Via A. Ponti 8/10 20143 Milano.</p> <p>La comunicazione deve essere ricevuta da Aon S.p.A. anteriormente allo spirare del termine.</p> <p>Il contraente ha diritto al rimborso del premio corrisposto, fatta salva la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.</p>					