

Polizza di Responsabilità Civile

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo Danni

Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: RC Professionale Odontoiatri - Convenzione ANDI

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i professionisti Odontoiatri, soci dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, per la Responsabilità Civile professionale verso Terzi e verso i Prestatori di Lavoro.



Che cosa è assicurato?

La Società presta l'assicurazione nei limiti delle somme assicurate/ massimali indicati nella scheda di polizza.

Principali coperture prestate:

- ✓ **Responsabilità Civile verso Terzi:** risarcisce i danni involontariamente causati dall'Assicurato a terzi, compresi i clienti, per morte e lesioni personali, distruzione o deterioramento di cose nell'esercizio dell'attività professionale di odontoiatra, con o senza implantologia secondo quanto dichiarato e specificato in polizza, svolta nel rispetto delle leggi e dei regolamenti che la disciplinano.
- ✓ L'assicurazione vale anche per i danni derivanti da comportamenti anche dolosi posti in essere da persone delle quali l'Assicurato debba rispondere in conformità alla normativa vigente in tema di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, con la sola esclusione dei collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali, anche se dipendenti, non associati ANDI e/o non Assicurati con la presente polizza.
- ✓ L'assicurazione si estende a tutte le operazioni complementari e comunque ricollegabili all'attività professionale, fatta eccezione per l'Odontoiatria periorale, salvo relativa estensione di garanzia.
- ✓ **Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro:** tiene indenne l'Assicurato di quanto questo sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile per i casi di morte o lesioni personali dei dipendenti e degli altri soggetti per i quali è obbligatoria l'iscrizione all'assicurazione di legge contro gli Infortuni sul lavoro e le Malattie professionali quali, a titolo esemplificativo, i tirocinanti; la garanzia è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge.



Che cosa non è assicurato?

Responsabilità Civile verso Terzi - Non sono considerati terzi:

- ✗ Ai fini della garanzia R.C.T. non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato, il coniuge e i figli dello stesso nonché i dipendenti e i collaboratori rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.
- ✗ Salvo che nei casi espressamente previsti, l'inesistenza o la cessazione della qualità di Socio rende nulla la copertura a partire dal 30/06 di ciascun anno.



Ci sono limitazioni alla copertura?

Principali garanzie escluse:

- ! L'assicurazione, sia R.C.T. che R.C.O., non vale: per fatti che anteriormente alla decorrenza della copertura siano già stati oggetto di notifiche o avvisi giudiziari nonché di ogni altra comunicazione scritta riguardante fatti garantiti dalla polizza;
- ! in conseguenza di una responsabilità professionale quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale;





Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ L'assicurazione della responsabilità professionale derivante dall'attività clinica esercitata sul paziente vale per le richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dello Stato italiano, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano.
Tuttavia, su richiesta scritta dell'Assicurato, verrà concessa l'estensione per la regolare effettuazione di corsi, stage e motivi di studio e per l'attività clinica nei limiti di quanto previsto dalle normative in vigore e comunque non oltre 90 giorni complessivi nel corso dell'annualità.
- ✓ Le altre garanzie sono operanti per il mondo intero, fatta eccezione per USA e CANADA.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrive il contratto il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva sottoscrizione di altre assicurazioni per lo stesso rischio descritto in polizza.
- Deve comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo nonché la cessazione del contratto stesso. Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla tua comunicazione.



Quando e come devo pagare?

- I pagamenti da parte dell'Assicurato a Oris Broker Srl devono avvenire a mezzo bonifico bancario.





Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto viene indicata in polizza.
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 31° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti.
- La copertura è valida per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta o per le denunce da lui effettuate alla Società nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità della stessa o in data antecedente a tale periodo.
- L'assicurazione può proseguire alle condizioni e con i limiti previsti dal contratto anche dopo il termine dell'assicurazione (garanzia postuma).



Come posso disdire la polizza?

- L'Assicurato potrà disdire la propria copertura mediante lettera raccomandata inviata a Oris Broker Srl almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.
- Fino al 60° giorno da ogni denuncia di sinistro, la Contraente ha la facoltà di disdire l'intera polizza con un preavviso di 120 giorni.

MOD. 01 – ED. 12/2021



0060000005012000051230024900000027112017D

3/3

Polizza di Responsabilità Civile

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto RC Odontoiatri - ANDI



Data di realizzazione: 04/2021 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n° 019.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 1.757 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 523 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.231 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 972 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 437 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.802 milioni di euro (b)
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 1.403 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,85 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/idcorporate

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è Assicurato?

Il massimale prescelto vale per l'insieme delle garanzie prestate e si considera al netto dell'applicazione degli scoperti pattuiti. L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con l'Assicurato, oltre che di quelle eventualmente previste in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione. Ad esempio, la garanzia per i danni provocati a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute è prestata con il limite di Euro 500.000 per periodo di assicurazione annuo.

In caso di esaurimento del massimale nel corso dell'anno assicurativo per effetto di uno o più sinistri indennizzabili a termini di Polizza, il massimale assicurato verrà automaticamente reintegrato nel valore originario. L'Assicurato, ove non rinunci a tale agevolazione con comunicazione scritta indirizzata alla Compagnia tramite Oris Broker Srl, si impegna a versare l'importo relativo al periodo di reintegro.

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'assicurazione vale per i danni:

- causati nel mondo intero, esclusi USA e CANADA, sia da prestazioni odontoiatriche che di medicina e chirurgia, purché effettuate per ragioni di urgenza e/o emergenza in ottemperanza ad obblighi di legge e/o deontologici, sia su pazienti sia su altre persone;

- conseguenti a seguito di rifiuto di prestazione professionale o per omissione di intervento;
- derivanti dall'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa;
- dall'organizzazione di attività dopolavoristiche e ricreative, convegni, congressi, corsi di addestramento, seminari, gite aziendali;
- dalla proprietà, dall'uso, dall'installazione di cartelli, targhe o insegne, sia interne che esterne ai locali utilizzati dall'Assicurato per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'assicurazione; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, l'assicurazione opera a favore dell'Assicurato nella sua qualità di committente i lavori. Sono compresi i danni alle cose sulle quali sono installati i cartelli, le targhe o le insegne;
- dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- da arredi, attrezzature e dotazioni in genere comprese le macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande;
- dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- dalla proprietà e/o conduzione dei fabbricati e relative pertinenze utilizzati dall'Assicurato per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'assicurazione e degli impianti fissi dei predetti immobili, inclusi ascensori, montacarichi e cancelli elettrici; i danni da spargimento di acqua o da rigurgito di fogne sono compresi solo se conseguenti a rotture di tubazioni e/o condutture;
- da fatto delle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso i locali utilizzati dall'Assicurato per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'assicurazione;
- cagionati a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- provocati a cose di terzi in consegna o custodia a seguito di furto;
- causati dai dipendenti o commessi in relazione alla guida di autoveicoli, purché le medesime non siano di proprietà, in usufrutto, locazione o leasing dell'Assicurato, o allo stesso intestate al PRA. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate.

L'effettuazione di anestesia in sede locale a fini odontoiatriche è considerata attività odontoiatrica. La sedazione cosciente è assicurata a condizione che venga effettuata nel rispetto della normativa sia nazionale che regionale, in particolare quella riguardante i farmaci, l'ambiente e le dotazioni strumentali, comprese quelle necessarie in caso di emergenza.

La Società si obbliga a tenere indenne il Direttore Sanitario, operante presso le strutture sanitarie nelle quali la sua presenza sia prevista dalle leggi e dalle norme vigenti, salvo il caso di dolo, per la responsabilità civile a lui derivante per morte o lesioni a persone e per danni materiali a cose, involontariamente cagionate/ a terzi nello svolgimento delle sue mansioni esercitate presso le strutture di appartenenza. La garanzia opera limitatamente alle strutture sanitarie che esercitino esclusivamente attività riconducibili all'odontoiatria.

L'assicurazione comprende il rimborso al terzo danneggiato del compenso relativo alle prestazioni professionali che abbiano dato luogo al sinistro indennizzabile per lesioni o danneggiamenti a cose, con esclusione delle richieste di rimborso derivanti da mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato, quelle derivanti dalla mancata o insufficiente informazione comunicata al paziente in merito alla conseguibilità o meno del miglioramento perseguito e che non abbiano dato luogo a un sinistro indennizzabile.

Qualora l'Associato sia garantito da altra polizza di responsabilità professionale di rischio non inferiore a quello del presente contratto e intenda fruire degli sconti previsti, aderendo alla polizza sarà a tutti gli effetti assicurato a termini della stessa. In tal caso tuttavia la Compagnia interverrà solo in eccedenza e a integrazione del primo contratto, intendendosi con ciò che la Compagnia sarà tenuta solo per quanto non dovuto dal precedente assicuratore.

Salvo il caso di sinistro doloso, dietro richiesta scritta dell'Assicurato, la Società rinuncerà al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c., nei confronti dei dipendenti con l'eccezione di coloro per i quali è obbligatoria o richiesta dalle norme vigenti l'assicurazione della responsabilità personale e/o professionale.

L'assicurazione RC verso i prestatori di lavoro conserva la propria validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi previsti dall'assicurazione di legge, in quanto ciò sia conseguenza di inesatte interpretazioni delle norme vigenti in materia, purché detta interpretazione non derivi da dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle persone delle quali o con le quali deve rispondere.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Collaboratori medici, odontoiatri e igienisti dentali non assicurati con polizza ANDI anche se dipendenti

La garanzia è estesa alla responsabilità derivante all'Assicurato per fatto imputabile a collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali, anche se non Assicurati ANDI. L'assicurazione tuttavia non si estende alla responsabilità personale dei suddetti collaboratori; pertanto, qualora la Compagnia fosse condannata a pagare l'intero ammontare del danno, essa si riserva la facoltà di rivalsa nei confronti dei responsabili.

Trattamenti su tessuti periorali	La Società garantisce anche i risarcimenti dei danni spettanti ai pazienti o ai loro aventi diritto per i danni fisici provocati da errori colposi riguardanti i trattamenti sui tessuti periorali, praticati dall'Assicurato durante il periodo di vigenza dell'Estensione, purché le richieste di risarcimento e le denunce siano inoltrate entro i 12 mesi successivi. L'Assicurato deve essere in possesso della necessaria formazione ed i trattamenti devono essere preceduti dallo scambio di idonee informazioni.
---	---

 Che cosa NON è Assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?	
<p>L'assicurazione, sia R.C.T. che R.C.O., non vale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i danni derivanti dalla proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili; - per le terapie sui tessuti periorali, per le quali è necessario una specifica deroga; - per i danni derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti finiti interamente o parzialmente di asbesto e, inoltre, all'uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto; - per i danni conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra. <p>Relativamente alla sola garanzia R.C.T., l'assicurazione non vale inoltre per i danni e le responsabilità che si verificano o insorgano in conseguenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto previsto per l'attività radiodiagnostica in genere; - fatti di circolazione su strade di uso pubblico, o su aree a queste equiparate, di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o impiego di aeromobili, salvo quanto previsto per la committenza auto dei dipendenti; - fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati derivanti da inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari e in genere di quanto trovantesi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi. <p>Inoltre, l'assicurazione R.C.T. non comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i danni alle persone trasportate su veicoli a motore, salvo quanto previsto per la committenza auto dei dipendenti; - né i danni derivanti da spargimento di acqua, umidità, stitilicidio, insalubrità dei locali, salvo quelli conseguenti a rotture di tubazioni e/o condutture, né quelli verificatisi in occasione di lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni. <p>Per i sinistri relativi alla responsabilità civile specifica delle attività di grado di rischio più elevato, categorie B e C elencate in polizza, rimane a carico dell'Assicurato uno scoperto del 10% con il minimo di 500,00 Euro e il massimo di 2.500,00 Euro. Qualora invece l'intervento sia stato preceduto da indagini effettuate tramite radiografia tridimensionale (quali ad esempio TAC e CBTC) lo scoperto per ciascun danno si intende ridotto al 5%. Tuttavia, nel caso di danni neurologici conseguenti alle predette attività viene applicato lo scoperto del 20% senza limite massimo e con il minimo di Euro 2.500,00 qualora l'intervento non sia stato preceduto da adeguati esami radiologici volti a individuare la localizzazione e il decorso delle strutture nervose nell'area interessata dall'intervento, a seconda della condizione clinica e della zona anatomica interessata.</p>	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: L'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Società o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro 15 giorni successivi a quello in cui ne è venuta a conoscenza ai sensi dell'art. 1913 c.c., a mezzo posta elettronica certificata (PEC) lettera raccomandata A.R. o raccomandata consegnata a mano con data certa.</p>

	<p>Relativamente ai sinistri a “secondo rischio” (quando l’Associato è garantito da altra polizza di responsabilità professionale di rischio non inferiore e la Società interviene solo in eccedenza e a integrazione del primo contratto) l’Assicurato ha facoltà di darne avviso solo nel momento in cui vi sia la certezza del coinvolgimento di garanzie della polizza, derogando dunque anche alla normativa prescizionale.</p> <p>L’Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione e fornire informazioni per la gestione del sinistro.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione: <i>Non presente</i>
	Gestione da parte di altre imprese: <i>Non presente</i>
	<p>Prescrizione:</p> <p>Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto all’Assicurato il risarcimento dei propri danni o ha promosso contro di questo l’azione.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Ai sensi degli artt 1892, 1893 e 1894 c.c., per usufruire della garanzia Pgressa, l’Assicurato deve dichiarare di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far presumere il sorgere di un obbligo di risarcimento in ordine a fatti o atti posti in essere nel periodo anteriore alla stipulazione della polizza.
Obblighi dell’impresa	Verificata l’operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società tiene indenne l’Assicurato ai sensi delle condizioni di polizza.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio, comprensivo di imposte, alle scadenze pattuite.</p> <p>Su esplicita richiesta degli Assicurati aventi diritto all’applicazione della tabella c), il premio potrà essere pagato in 2 rate semestrali di pari importo.</p> <p>In caso di rinnovo, purché alla data del 31/12 i soggetti interessati rientrino nella categoria suindicata, la prima rata potrà essere pagata entro il 31/01 e la seconda entro il 30/06 dell’anno di copertura (senza ulteriore proroga).</p> <p>Per le nuove adesioni, i neolaureati che aderiscono alla Convenzione in essere con decorrenza entro il 30/04, possono pagare l’importo dovuto in due rate. Negli altri casi il pagamento deve avvenire in unica soluzione.</p>
Rimborso	In caso di recesso della Compagnia questa restituisce alla Contraente la parte di premio imponibile non goduta.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>L’adesione alla Polizza decorre dalle ore 24 della data di pagamento dell’importo dovuto o da quella successiva prevista dalla Domanda di Adesione, che dovrà essere effettuata utilizzando esclusivamente i sistemi online predisposti dalla Compagnia o dall’Agenzia alla quale è appoggiata la Polizza o attraverso gli appositi moduli, e cessa alle ore 24 del 31 dicembre di ciascun anno.</p> <p><u>-Garanzia pregressa -</u> La garanzia vale per le richieste di risarcimento presentate all’Assicurato per la prima volta o per le denunce da lui effettuate alla Compagnia nel corso del periodo di efficacia dell’assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità della stessa o in data antecedente a tale periodo.</p> <p><u>-Garanzia postuma -</u> L’assicurazione può proseguire alle condizioni e con i limiti previsti dai punti che seguono anche dopo il termine dell’assicurazione.</p>

	<p>In caso di cessazione dell'attività, purché questa non dipenda da radiazione dall'Albo per fatti professionali, la copertura resta in vigore fino al termine dell'annualità per l'invio delle denunce nonché per i rischi ancora compatibili con i titoli professionali dell'Assicurato.</p> <p>Tale estensione di garanzia postuma vale anche per gli eredi nel caso in cui fosse già stata attivata dall'Assicurato e pagato il relativo premio.</p> <p>Al di fuori dei casi precedenti, qualora vi sia recesso o disdetta da parte della Società, l'Assicurato, dietro corresponsione di un'annualità e limitatamente alle negligenze ed agli errori verificatisi al tempo del Contratto, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione ha diritto di richiedere di essere garantito per le denunce presentate nei quattro anni successivi al termine della copertura, ridotti a tre per le attività classificate in polizza come di grado di rischio più elevato.</p>
Sospensione	Non prevista



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	L'Assicurato ha il diritto di recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto o dalla data di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone che svolgono l'attività professionale di odontoiatra.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutte le garanzie di polizza	33,00%
------------------------------	---------------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;">SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.P.A. Servizio Reclami di Gruppo Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 Email: reclami@cattolicaassicurazioni.it</p> <p>indicando i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> · nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente; · numero della polizza e nominativo del Contraente; · numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento; · indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. <p>L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
All'IVASS	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it</i></p> <p><i>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</i></p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazioni delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art.4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto. Obbligatoria per poter proporre azione giudiziale
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Qualora tra la Compagnia e l'Assicurato insorgano divergenze sulla portata della garanzia o sulla gestione del sinistro, in luogo dei mezzi di tutela ordinari è in facoltà dell'Assicurato di richiedere oppure di consentire che la soluzione della vertenza venga demandata ad un Collegio di tre Arbitri, uno scelto da ciascuna delle parti e il terzo, con funzioni di Presidente, nominato di comune accordo dai due Arbitri di parte, tra gli odontoiatri esperti in odontoiatria legale che risiedono nella Regione ove ha sede lo Studio dell'Assicurato o, se non disponibili profili professionali richiesti nella Regione, nelle Regioni confinanti. Tuttavia, i due arbitri di parte potranno derogare da quest'ultima disposizione qualora concordino sull'opportunità di nominare una diversa figura professionale. Il Collegio si pronuncerà a maggioranza senza formalità di legge e verbalizzerà motivatamente la propria decisione, che avrà valore vincolante per le parti. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

POLIZZA R.C. PROFESSIONALE ODONTOIATRI N. 2106.12.300195

Detta in seguito semplicemente **POLIZZA**, stipulata tra

ANDI Progetti srl – Lungotevere Raffaello Sanzio 9 – 00153 ROMA – P.I. 13106951000 – e **Società CATTOLICA di ASSICURAZIONE Spa** - Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - Edizione 31/12/2021
PREMESSA ALLA POLIZZA**

Condizioni assicurative e durata della Polizza

La presente Polizza decorre dalle ore 24 del 31.12.2021 e cessa alle ore 24 del 31.12.2024, tuttavia, ai fini di cui agli artt. 11 - 2° capoverso e 23, nonché in tutti i casi in cui la continuità comportasse un vantaggio per l'Assicurato e/o per la Contraente, si considera prosecuzione di quelle precedenti. Le modalità di rinnovo della Polizza sono regolate dall'articolo 9. Le condizioni di detta Polizza sono costituite dalla premessa, dalle definizioni, dai 33 articoli e dalla disciplina dell'Estensione alle prestazioni sui tessuti periorali. Gli allegati di seguito indicati abrogano e sostituiscono le condizioni di Polizza.

Modalità di deposito delle condizioni assicurative

Le condizioni e gli allegati che costituiscono parte integrante delle disposizioni e delle procedure contrattuali, le variazioni nonché le informazioni rilevanti relative alla presente Polizza vengono depositate presso la sede di ANDI PROGETTI S.r.l. – Lungotevere Raffaello Sanzio 9 – 00153 ROMA – P.I. 13106951000 – e in ogni momento può esserne richiesta copia tramite Oris Broker. Inoltre, la lettura e la stampa del testo di Polizza e delle eventuali successive variazioni potranno essere effettuate collegandosi al sito internet www.orisbroker.it. Con il pagamento dell'adesione il Socio dà comunque atto di essere in possesso, di aver preso visione e di accettare senza riserve tutte le disposizioni contrattuali.

DEFINIZIONI

A.N.D.I.:	Associazione Nazionale Dentisti Italiani, alla quale, salvo che nei casi espressamente previsti, è necessario essere iscritti per poter fruire della copertura assicurativa. Gli odontoiatri non Soci, pertanto, di norma non sono assicurabili.
ANDI Progetti – CONTRAENTE:	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio.
ASSICURATO:	Ciascun Socio ANDI, esercente l'attività odontoiatrica che aderisca alla Polizza. Sono altresì da considerarsi Assicurati gli Studi associati e le Società di proprietà di Soci ANDI per una quota non inferiore al 50% più 1, che esercitino legalmente ed esclusivamente l'attività odontoiatrica tramite i soci professionisti odontoiatri per le specifiche garanzie previste dalla Polizza.
ASSOCIATO:	L'odontoiatra che faccia parte di uno Studio Associato.
ATTIVITA' PROFESSIONALE:	Esercizio dell'attività odontoiatrica specifica indicata dall'Assicurato.
COMPAGNIA:	L'Impresa di assicurazione con la quale è in corso la Polizza.
CONVENZIONE:	L'insieme delle normative e delle procedure anche oltre il testo di Polizza che costituiscono gli obblighi e i diritti riguardanti le parti interessate.

COSTO – IMPORTO:	Quanto dovuto dall'Assicurato per l'adesione alla Polizza e per le variazioni.
DIFENSORI:	Tutti i soggetti che hanno abilitazione e competenza per intervenire sia in ambito stragiudiziale che giudiziale civile e penale nonché in qualsiasi altra procedura finalizzata alla valutazione del danno e della responsabilità.
DURATA DELLA POLIZZA:	Il numero di anni che ANDI Progetti e la Compagnia fissano per la durata del Contratto al quale i singoli Soci possono aderire se iscritti all'ANDI e in regola con il pagamento della quota associativa.
MODULO DI ADESIONE:	Lo specifico documento compilato dai Soci che intendono aderire alla Polizza. Nel caso di esercizio dell'attività sui tessuti periorali il modulo di adesione va integrato da un documento specifico che comprova la formazione e le esperienze in tale ambito.
ODONTOIATRA:	L'odontoiatra o il medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria.
ODONTOIATRIA SUI TESSUTI PERIORALI:	Per trattamenti sui tessuti periorali si intendono le prestazioni correlate a quelle odontoiatriche nei termini previsti dalla specifica Estensione. Sono equivalenti alla dizione che precede le formulazioni "trattamenti periorali, prestazioni periorali, odontoiatria periorale, ecc."
OPERATORE SANITARIO:	Laureato in odontoiatria, laureato in medicina e chirurgia e laureato in igiene dentale che esercita la professione sanitaria all'interno degli studi e delle strutture odontoiatriche, nel rispetto delle leggi e normative vigenti;
ORIS BROKER SRL – INTERMEDIARIO:	Intermediario della Polizza, iscritto alla Sezione B del RUI n. B000245478. Oris Broker Srl ha inoltre le competenze specificate nel testo di Polizza nonché negli altri documenti ad essa collegati.
PERIODO DI ASSICURAZIONE:	L'annualità assicurativa o la frazione di anno indicata nel RIEPILOGO DELLA COPERTURA.
POLIZZA:	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
PREMIO:	Importo dovuto dalla Contraente alla Compagnia.
RESPONSABILITA' PROFESSIONALE GENERALE E VERSO I DIPENDENTI:	Quella derivante dall'attività professionale, dai rischi accessori, aggiuntivi e da ogni altro rischio previsto dalla Polizza.
RIEPILOGO DELLA COPERTURA:	Gli elementi essenziali della copertura contenuti nel documento che viene rilasciato all'Assicurato dalla Compagnia e/o dall'Agenzia in occasione di pagamenti o variazioni.
SINISTRO:	La richiesta di risarcimento per i danni per i quali è prestata l'assicurazione. Sono parificate alla richiesta di risarcimento le altre comunicazioni di cui all'art. 25 lettera a).

SOCIETÀ':	Si intendono esclusivamente le Società di proprietà di Soci ANDI per una quota non inferiore al 50% più 1.
SOCIO:	L'odontoiatra iscritto ad ANDI ed in regola con il pagamento della quota associativa.

CONDIZIONI GENERALI DELLA POLIZZA

Art. 1) Dichiarazioni dell'Assicurato - Aggravamento di rischio - Diminuzione di rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto formano la base del contratto e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti, compresi quelli di cui agli articoli 1892 e 1893 c.c.. Per coloro che alla data del 31/12/2021 erano già Assicurati con la precedente Convenzione, le dichiarazioni inesatte e reticenti avranno rilevanza soltanto se sono state frutto di dolo.

Per gli aggravamenti successivi, l'Assicurato è tenuto a darne al più presto avviso alla Compagnia tramite Oris Broker Srl, senza che, comunque, l'omissione colposa pregiudichi l'efficacia della Polizza.

Inoltre la Compagnia rinuncia al diritto di recesso e potrà solo fissare un aumento del costo ove non già conosciuto, secondo criteri di equità, dandone tempestivamente comunicazione all'Assicurato tramite Oris Broker Srl.

Questi, per il maggior rischio, sarà sempre tenuto a corrispondere l'aumento entro il termine di giorni trenta dalla comunicazione. Per il periodo di maggior rischio futuro, l'Assicurato dovrà, per contro, manifestare per iscritto la propria adesione tramite Oris Broker Srl e, ove non lo faccia, sempre entro il termine di giorni trenta dal ricevimento della comunicazione, il contratto si considererà risolto dallo spirare del termine medesimo. Gli effetti della risoluzione saranno regolati dalle norme, quando più favorevoli, previste per il recesso da parte della Compagnia (art. 2).

Anche nel caso di diminuzione di rischio, la Compagnia rinuncia alla facoltà di recesso e provvederà a determinare il minor costo, ove già non conosciuto, secondo criteri di equità, dandone tramite Oris Broker Srl tempestiva comunicazione all'Assicurato. Questi potrà aderire fornendo tramite Oris Broker Srl il proprio assenso scritto entro il termine di giorni trenta dal ricevimento della comunicazione della Compagnia. In caso contrario si determinerà la risoluzione del contratto e la Compagnia rimborserà all'Assicurato il costo imponibile per il periodo di assicurazione pagato e non goduto, come stabilito al precedente capoverso.

Art. 2) Cessazione dell'assicurazione

Quando non disposto diversamente da singoli articoli della Polizza, a parziale deroga dell'art. 1896 del Codice Civile, nel caso di cessazione dell'assicurazione, la Compagnia rimborserà gli importi imponibili relativi alla parte di rischio non corso.

Art. 3) Coesistenza di altre assicurazioni

Qualora il Socio sia garantito da altra polizza di responsabilità professionale di rischio non inferiore – secondo la graduatoria del successivo art. 12 – a quello assicurato con la presente Polizza e intenda fruire degli sconti previsti, aderendo alla Polizza sarà a tutti gli effetti assicurato a termini della stessa. In tal caso tuttavia la Compagnia interverrà solo in eccedenza e a integrazione del primo contratto, intendendosi con ciò che la Compagnia sarà tenuta solo per quanto non dovuto dal precedente Assicuratore.

A tutela dell'Assicurato, qualora le Compagnie interessate non si accordassero tempestivamente sulla ripartizione del sinistro o vi fosse comunque inadempimento, la Polizza opererà come se non fossero impegnati altri Assicuratori, salvo il diritto di regresso e/o subentro nei diritti dell'Assicurato da parte della Compagnia solvente.

All'atto della domanda di adesione con la quale richiede lo sconto per polizza coesistente, l'Assicurando deve allegare copia del frontespizio del contratto in corso o comunque le parti di tale contratto dove sono indicati il grado di rischio i massimali e la scadenza. Egli è altresì tenuto a fornire ogni altra documentazione o indicazione che la Compagnia gli richiedesse. Per contro, se l'Assicurato non beneficia degli sconti per secondo rischio è tenuto a segnalare le altre assicurazioni coesistenti solo in caso di sinistro, secondo quanto stabilito dal successivo art. 25.

La cessazione della copertura di primo rischio in data non nota all'Assicuratore e a lui non tempestivamente comunicata comporta che per il contratto di secondo rischio opera una franchigia assoluta pari al massimale della polizza di primo rischio.

Art. 4) Massimale - Scoperti - Spese

Il massimale prescelto **vale per l'insieme delle garanzie prestate e si considera al netto dell'applicazione degli scoperti pattuiti.** Restano in tutti i casi salve le disposizioni di cui all'art. 1917 c.c. penultimo comma.

Art. 5) Diritto di surrogazione

Fermo quanto previsto dall'art. 3) e salvo il caso di sinistro doloso, dietro richiesta scritta dell'Assicurato, indirizzata tramite Oris Broker Srl alla Compagnia, questa rinuncerà al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c., nei confronti dei dipendenti con l'eccezione di coloro per i quali è obbligatoria o richiesta dalle norme vigenti l'assicurazione della responsabilità personale e/o professionale. In tutti i casi è condizione per la rinuncia alla rivalsa che anche da parte dell'Assicurato non venga esercitata. Su richiesta dell'Assicurato la Compagnia rinuncerà inoltre al diritto di rivalsa, **esclusi sempre gli eventi dolosi**, per la parte in cui tale rivalsa dovesse determinare anche indirettamente un danno economico dimostrabile a carico dell'Assicurato, dei suoi familiari conviventi o di discendenti e ascendenti, ancorché non conviventi.

Art. 6) Procedura di risanamento tecnico - Recesso in caso di sinistro

In caso di sinistro **la Compagnia ha facoltà di disdettare la copertura relativa al singolo Assicurato che ha presentato la denuncia, con preavviso scritto di 30 giorni inviato a tutte le parti interessate.** La Contraente entro il predetto termine potrà respingere il recesso, ma si impegna a tener conto della sinistrosità reiterata e anomala e quindi del necessario riequilibrio tecnico da perseguirsi nell'interesse della generalità degli Assicurati. In luogo del recesso la Contraente può comunque sempre richiedere alla Compagnia che per il riequilibrio del rischio specifico vengano proposte all'Assicurato condizioni di copertura alternative a quelle di Convenzione. La nuova copertura sarà totalmente indipendente dalla Convenzione, dalle procedure e dal sistema operativo collegato alla Convenzione stessa.

La Contraente ha inoltre la facoltà, fino al sessantesimo giorno da ogni denuncia di sinistro, di disdettare l'intera Polizza con un preavviso di 120 giorni. Anche la Compagnia ha tale facoltà purché l'ammontare totale dei danni dell'anno liquidati e/o riservati superi l'85% del montepremi annuale dell'intera Polizza. In caso di recesso della Compagnia questa restituisce alla Contraente la parte di premio imponibile non goduta.

Tuttavia, se il recesso dalla Polizza viene effettuato dalla Compagnia, questa è tenuta a ricercare in collaborazione con il broker le cause che hanno determinato lo squilibrio.

Sulla base delle risultanze di tale analisi, la Compagnia almeno 30 giorni prima della cessazione del contratto, proporrà equi correttivi tecnici che, se accettati dalla Contraente, renderanno nullo il recesso.

Parimenti il recesso non avrà corso se la Compagnia nei tempi indicati non effettuerà alcuna proposta.

Fermo quanto precede, la Compagnia ha inoltre la facoltà di richiedere la procedura di risanamento anche limitatamente alle terapie di cui all'Estensione dei trattamenti sui tessuti periorali qualora lo squilibrio riguardasse solo la specifica Estensione. In tal caso i criteri di risanamento andranno concordati entro 15 giorni dalla proposta della Compagnia e applicati negli stretti tempi tecnici.

Art. 7) Premio minimo di Polizza

Al perfezionamento della Polizza la Contraente versa alla Compagnia, che ne dà ricevuta con il presente documento, il premio forfetario di € 51,65 comprensivo di imposte. Tale premio, che non sarà in nessun caso rimborsato, vale quale premio minimo per le coperture provvisorie che fosse necessario emettere. Se tale premio fosse già stato versato in precedenza, anche se su polizza diversa, non è più dovuto.

Art. 8) Variazioni e comunicazioni – Modifiche contrattuali ope legis

Se non diversamente specificato, tutte le variazioni o modificazioni del testo contrattuale devono risultare da apposito atto scritto ed essere depositate e inoltre comunicate con le modalità previste nella PREMESSA ALLA POLIZZA e, se più favorevoli, sono applicabili a tutti gli Assicurati. In caso contrario al momento in cui ne ricorre l'applicazione gli interessati potranno richiedere che le variazioni valgano solo per le domande posteriori di almeno 10 giorni al deposito delle nuove condizioni e per i rinnovi purché depositati almeno 10 giorni prima del tempo utile per la disdetta del singolo contratto. Quando per le comunicazioni sia prevista una forma specifica, l'inosservanza della stessa da parte dell'Assicurato o di Oris Broker Srl non le invalida qualora venga provato che sono comunque pervenute al destinatario. Sono equiparate alle comunicazioni dell'Assicurato quelle effettuate alla Compagnia da Oris Broker Srl in occasione dell'invio degli elenchi mensili e potranno essere anche posteriori alla variazione stessa, ma in tal caso quelle comportanti aumenti di costi avranno effetto solo dopo che la maggiorazione è stata corrisposta restando tuttavia salve le diverse disposizioni di singoli articoli e in particolare dell'art. 11. Il cambio del massimale e l'applicazione dello sconto per Studio Associato posteriori all'inizio della copertura

potranno venire effettuati solo per l'annualità successiva, purché ne venga fatta richiesta entro il tempo utile per la regolare corresponsione dell'importo dovuto per la nuova annualità.

Qualora nel corso dell'assicurazione venissero promulgate normative obbligatorie comportanti modifiche significative dell'assetto contrattuale, Cattolica e ANDI Progetti potranno accordarsi per recepire semplicemente le nuove disposizioni oppure per predisporre una nuova polizza, che avrà effetto dal giorno in cui le predette disposizioni dovranno necessariamente venire applicate.

Se anche una sola delle parti non scegliesse una delle opzioni che precedono, il contratto si intenderà risolto ad opera della predetta parte negli stessi tempi indicati nel precedente capoverso.

Art. 9) Rinnovo della Polizza

Entro il primo semestre del 2024 la Compagnia, la Contraente e Oris Broker si incontreranno per valutare gli andamenti tecnici del triennio sulla base dei dati già acquisiti, integrati da quelli previsionali.

Se alla luce di tali informazioni le parti confermassero il proprio interesse per la prosecuzione del rapporto, ma non ne venissero individuati i termini di comune accordo, potrà essere costituito un gruppo di lavoro misto composto dai tecnici RCD di Cattolica e da Oris Broker. Tale gruppo dovrà trasmettere alle parti una proposta di sostenibilità tecnica per il rinnovo entro 60 giorni e le parti si pronunceranno in merito entro 10 giorni dal ricevimento. **La valutazione negativa anche di una sola delle parti si considererà risoluzione del contratto per la scadenza prevista.**

Art. 10) Adesioni

Il Socio, il rappresentante dello Studio Associato o della Società di Odontoiatria, interessato all'assicurazione di cui alla presente Polizza potrà aderire previa compilazione di apposito modulo, che rappresenta condizioni preliminari per l'accettazione della domanda di adesione o di riadesione.

Conformemente alla normativa vigente in materia di vendita a distanza di prodotti assicurativi l'Assicurato ha il diritto di recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto o dalla data di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva.

Nel caso di richiesta di Estensione alle terapie periorali deve essere inoltrata anche la specifica domanda, nelle medesime modalità di cui al precedente punto. Per quanti non sono già Assicurati con la precedente Polizza Convenzione alla data del 31/12/2021 la Compagnia si riserva di accettare la richiesta sulla scorta di quanto esposto dall'Assicurando in questa circostanza, anche con documenti separati che hanno comunque rilevanza ai fini degli articoli 1892 e 1893 c.c.. In tutti i casi l'accettazione potrà anche essere subordinata alla pattuizione di specifiche condizioni eventualmente in deroga alla normativa generale di Convenzione.

Salvo che nei casi espressamente previsti, la cessazione della qualità di Socio rende nulla la copertura a partire dal 30/06 di ciascun anno e per gli importi già corrisposti si applica quanto previsto dall'art. 2 di Polizza.

Art. 11) Art. 1901 c.c. decorrenza, durata e proroga dell'assicurazione. Modalità di pagamento

Premesso che per i pagamenti dei premi valgono le disposizioni di cui all'art. 1901 c.c., salvo quanto espressamente derogato l'adesione alla Polizza decorre dalle ore 24 della data di pagamento dell'importo dovuto o da quella successiva prevista dalla Domanda di Adesione, attraverso gli appositi moduli, e cessa alle ore 24 del 31 dicembre di ciascun anno. Se la copertura non si riferisce ad un'annualità intera, il costo verrà calcolato in ragione dei giorni di effettiva garanzia prestata nell'anno di assicurazione, ma in nessun caso il rateo potrà essere inferiore a euro 50,00 (cinquanta/00). Salvo che per l'applicazione del costo minimo, il suesposto criterio si applica in tutti i casi in cui i conteggi non si riferiscono ad anni assicurativi interi.

I singoli Assicurati potranno disdettare la propria copertura mediante lettera raccomandata inviata a Oris Broker almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.

Fino al termine triennale della Polizza in assenza di disdetta o di altra causa di cessazione dell'assicurazione, alla scadenza annuale la copertura si intende tacitamente prorogata per l'annualità successiva e l'importo dovuto deve venire corrisposto entro il 31 gennaio di tale annualità. Tale termine vale anche quando la copertura prosegue con nuova Polizza (vedi anche PREMessa ALLA POLIZZA). **In caso di ritardo la garanzia prende effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento. I pagamenti da parte dell'Assicurato devono avvenire esclusivamente a mezzo bonifico bancario. Detto bonifico, dal quale dovranno sempre risultare il nominativo dell'Assicurato e le eventuali sigle identificative indicate dalla Compagnia/Agenzia o da Oris Broker Srl, andrà effettuato sul c/c bancario che verrà fornito e si considera sempre come giorno di pagamento quello in cui viene dato ordine di bonifico o, se posteriore, quello della valuta.** Inoltre i pagamenti effettuati dall'Assicurato nonché quelli eventualmente a suo favore vanno arrotondati

all'unità di Euro, per difetto se la frazione di Euro è inferiore a 50 centesimi e per eccesso se è pari o superiore. Il ritardo dell'accredito successivo all'ordine di bonifico non influisce sulla copertura se non è imputabile all'Assicurato, purché questi regolarizzi la sua posizione contabile non appena ne verrà richiesto.

Gli importi raccolti verranno trasmessi alla Compagnia entro il 15 del mese successivo, salvo che per il mese di luglio che verrà cumulato con il mese di agosto. Alla Compagnia verrà trasmesso contestualmente anche l'elenco degli Assicurati cui gli importi si riferiscono, precisando le caratteristiche delle singole coperture, e più precisamente: dati anagrafici, indirizzo, codice fiscale, importo e data di pagamento, decorrenza della copertura, tipologia dell'attività odontoiatrica, massimale, eventuali condizioni speciali.

Se viene applicato lo sconto per Studio Associato dovrà venire specificato il nominativo di tutti gli odontoiatri che costituiscono giuridicamente lo Studio Assicurati con la presente Polizza.

Nel caso di utilizzo dello sconto per coesistenza di altra copertura per la R.C. Professionale, dovranno venire altresì indicati il grado di rischio, il massimale e la scadenza della polizza coesistente. Se la prima polizza non prosegue a tempo indeterminato ne verrà specificata nel "riepilogo della copertura" la scadenza e se questa non coinciderà con quella annua contrattuale, l'importo relativo all'anno in cui cessa verrà comunicato anticipatamente all'Assicurato. Nel caso di cessazione della polizza a tempo indeterminato o di cessazione anticipata di quella con scadenza predefinita, l'Assicurato tramite Oris Broker Srl ne darà tempestivo avviso alla Compagnia, alla quale corrisponderà il maggior costo entro 30 giorni da quando gli verrà comunicato. In difetto permarrà a suo carico quanto sarebbe stato dovuto dall'Assicuratore di primo rischio.

Analogamente anche per i neolaureati che beneficiano dello sconto previsto ne va precisata la data di decorrenza e di cessazione e, ove questa non coincida con la data di scadenza dell'annualità successiva, l'importo per quest'ultima verrà comunicato anticipatamente all'Assicurato. Del pari, se il diritto allo sconto cessa prima della data prevista, l'Assicurato tramite Oris Broker Srl ne darà tempestivo avviso alla Compagnia, alla quale corrisponderà il maggior importo entro 30 giorni da quando gli verrà comunicato. In difetto, si applica quanto stabilito dall'art. 1 per l'aggravamento di rischio.

A ciascun Assicurato, una volta accertato il pagamento del premio, verrà rilasciato dalla Compagnia o dall'Agenzia alla quale è appoggiata la Polizza un documento che riepiloga gli elementi essenziali della sua copertura.

Relativamente agli elenchi mensili delle adesioni, non oltre 45 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa, la Compagnia segnalerà ad Oris Broker Srl gli eventuali errori, che comunque non influiranno sulla operatività della garanzia a condizione che vengano effettuate le rettifiche e regolati gli eventuali conguagli da parte degli Assicurati.

Art. 12) Attività assicurate e costo annuo

L'assicurazione può riguardare l'attività odontoiatrica senza l'implantologia oppure l'attività odontoiatrica comprensiva dell'implantologia di grado B oppure C, intendendosi per entrambe sia la parte chirurgica che la protesizzazione su impianti. Sono inoltre parificate all'implantologia di grado B e all'implantologia di grado C alcune prestazioni considerate comparabili.

Non rientra invece nell'attività implantologica l'inserimento, ai fini esclusivamente ortodontici e per un tempo limitato a quello del trattamento ortodontico, dei c.d. mini-impianti ortodontici (più esattamente TADs - *Temporary Anchorage Devices*).

L'effettuazione di anestesie in sede locale a fini odontoiatriche sono considerate attività odontoiatriche. La sedazione cosciente è altresì assicurata alla condizione che venga effettuata nel rispetto della normativa sia nazionale che regionale, in particolare quella riguardante i farmaci, l'ambiente e le dotazioni strumentali, comprese quelle necessarie in caso di emergenza.

Il costo annuo verrà calcolato in funzione dell'attività (grado di rischio) e del massimale, come indicato nella seguente tabella:

Tabella a)

ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 2.000.000,00	MASSIMALE Euro 3.000.000,00	MASSIMALE Euro 5.000.000,00
L'attività odontoiatrica ad esclusione degli interventi di implantologia e delle attività equiparate ai gradi di rischio B e/o C	A	882,00	995,00	1.173,00
L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia con osteointegrazione e/o le attività equiparate Si considerano attività equiparate le seguenti; <ul style="list-style-type: none"> • La protesizzazione su impianti • Il rialzo del seno mascellare in genere • Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. <i>split crest</i>) • L'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili • Le germectomie, l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale 	B	1.153,00	1.285,00	1.470,00
L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia in genere e/o le attività equiparate Si considerano attività equiparate le seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • La protesizzazione su impianti • L'inserimento di impianti zigomatici (la copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato disponga di un'adeguata e documentabile formazione specifica) • L' implantologia con carico immediato (si considera carico immediato quando la protesizzazione si svolge entro e non oltre i due mesi successivi al posizionamento del o degli impianti I mini-impianti con diametro inferiore a tre millimetri non rientrano nella categoria implantare e possono essere inseriti anche in grado A o B 	C	1.443,00	1.632,00	1.809,00

I costi sopra esposti comprendono le imposte (nell'attuale misura del 22,25%) e potranno essere ridotti a richiesta di ciascun interessato (art. 3), come da tabella sotto riportata in relazione all'esistenza di altra polizza di assicurazione, determinandosi in tal caso un'assicurazione di secondo rischio. Quando il

massimale di primo rischio non è unico, per la determinazione degli sconti vale la massima esposizione della **Compagnia con il limite minimo di euro 1.000.000,00 per danni a persona**. I costi, sempre su richiesta dell'Assicurato, saranno, inoltre, ridotti nella misura del **10%**, nell'ipotesi in cui egli eserciti la propria attività anche quale associato ad uno Studio professionale odontoiatrico, purché tutti gli altri odontoiatri associati allo Studio siano iscritti ANDI ed aderenti alla Polizza. Vale in tal caso quanto stabilito dall'art. 28. **Tramite Oris Broker Srl l'Assicurato si impegna a comunicare alla Compagnia, entro 30 giorni, l'eventuale cessazione del predetto rapporto di associazione professionale o la perdita dei requisiti che danno diritto allo sconto e a versare la differenza calcolata dalla cessazione stessa. In difetto in caso di sinistro resterà a suo carico il 10% di ogni importo dovuto dalla Compagnia, fermi gli altri scoperti altrimenti previsti.**

SCONTI PER COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI (SECONDO RISCHIO)

Tabella b)

Massimale della polizza in corso con altra Compagnia	Sconto in percentuale
MINIMO € 1.000.000,00 PER DANNI ALLA PERSONA	50%

CONDIZIONI PER LE ADESIONI DEI NEOLAUREATI

Tabella c)

		Premio annuo per il periodo di 5 anni
ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 1.500.000,00
L'attività odontoiatrica ad esclusione degli interventi di implantologia e delle attività equiparate ai gradi di rischio B e/o C	A	400,00

		Premio annuo per i PRIMI DUE ANNI anni dalla data di iscrizione all'Ordine	Premio annuo per il periodo di TRE ANNI successivo al biennio
ATTIVITA' ODONTOIATRICA ASSICURATA	GRADO CRESCENTE DI RISCHIO	MASSIMALE Euro 1.500.000,00	MASSIMALE Euro 1.500.000,00
<p>L'attività odontoiatrica compresi gli interventi di implantologia con osteointegrazione e/o le attività equiparate</p> <p>Si considerano attività equiparate le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La protesizzazione su impianti • Il rialzo del seno mascellare in genere • Gli interventi di aumento di spessore della cresta mascellare o mandibolare (c.d. <i>split crest</i>) • L'innesto di osso eterologo (e cioè prelevato da altro essere vivente – in genere bovino) o di biomateriale di sintesi, l'innesto di osso autologo, l'intervento di prelievo osseo autologo in sede intraorale (escluso intervento di prelievo extraorale, in quanto non annoverabile tra le garanzie previste dalla Polizza), l'intervento di aumento di cresta tramite osteodistrazione progressiva, l'inserimento di membrane sia riassorbibili che non riassorbibili • Le germectomie, l'avulsione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale, gli interventi funzionali alla disinclusione di denti in inclusione osteomucosa totale o parziale 	B	469,00	561,00

I neolaureati, che svolgono attività professionale **esclusivamente sul territorio Italiano e solo in qualità di collaboratori presso strutture o studi odontoiatrici di terzi e inoltre senza titolarità di quote in Società che svolgono attività odontoiatrica**, hanno diritto all'applicazione dei costi di cui alla precedente tabella. **Lo sconto non è cumulabile** con altri sconti previsti dalla presente Polizza e **potrà venire applicato per un massimo di cinque anni dalla data di iscrizione all'Albo, con il limite del 32° anno di età, ove in caso di compimento la possibilità di usufruire dello sconto resterà in vigore fino al 31/12 dell'anno di riferimento. Sarà dovuto l'intero importo del premio riportato in tabella a), eventualmente, pro rata temporis, in caso di superamento del periodo previsto dall'iscrizione all'Albo.**

Su esplicita richiesta degli Assicurati aventi diritto all'applicazione della tabella c), il premio potrà essere pagato in 2 rate semestrali di pari importo.

In caso di rinnovo, purché alla data del 31/12 i soggetti interessati rientrino nella categoria suindicata, la prima rata potrà essere pagata entro il 31/01 e la seconda entro il 30/06 dell'anno di copertura (senza ulteriore proroga).

Per le nuove adesioni, i neolaureati che aderiscono alla Convenzione in essere con decorrenza entro il 30/04, possono pagare l'importo dovuto in due rate. Negli altri casi il pagamento deve avvenire in unica soluzione.

Si precisa infine che nel caso in cui decadessero in corso d'anno le clausole neolaureati necessarie per poter chiedere lo sconto, la differenza dell'importo dovuto va versata in un'unica soluzione.

All' "implantologia in genere" e alle altre attività di grado di C non è invece applicabile il regime di sconti previsto per i neolaureati.

Nel caso l'Assicurato non svolgesse più la propria attività esclusivamente come collaboratore si applica quanto stabilito dall'art. 1 per l'aggravamento di rischio.

PREMIO PER LE ESTENSIONI DI GARANZIA

Sovrappremio applicabile agli Studi singoli per estensione di garanzia ai collaboratori medici, odontoiatri non Assicurati con la presente Polizza (rif. art. 30) ed agli igienisti dentali non Assicurati con la Polizza ANDI ad essi dedicata, anche se dipendenti

- Fino ad un numero massimo di 3 collaboratori: € 200,00;
- Oltre 3 e fino a 10 collaboratori: € 400,00.

Sovrappremio applicabile agli Studi associati per estensione di garanzia ai collaboratori medici, odontoiatri non Assicurati con la presente Polizza (rif. art. 30) ed agli igienisti dentali non Assicurati con la Polizza ANDI ad essi dedicata, anche se dipendenti

- Fino ad un numero massimo di 3 collaboratori: € 100,00 per associato allo Studio;
- Oltre 3 e fino a 10 collaboratori: € 200,00 per associato allo Studio.

Non si applica alcun sovrappremio per Studi singoli ed associati nel caso in cui tutti i medici odontoiatri siano associati ANDI e Assicurati con la presente Polizza e tutti gli igienisti dentali siano Assicurati con la Polizza ANDI ad essi dedicata, anche se dipendenti.

PREMIO PER POLIZZE SOCIETARIE

Fermo quanto previsto dall'art. 29 della presente Polizza, le Società che **esercitino esclusivamente attività odontoiatrica possono chiedere la copertura nei seguenti termini – (si intende compresa la Direzione Sanitaria)**

a- Nel caso in cui:

- il numero dei soci ANDI Assicurati a termini della presente Polizza ed il numero degli igienisti dentali Assicurati con la polizza ANDI ad essi dedicata, non sia complessivamente inferiore al 50% del totale degli operatori sanitari;
- di tale Società immobili, arredi, attrezzature, servizi amministrativi, infermieristici e ausiliari in genere non vengano impiegati per attività diverse da quelle collegate con i sopra indicati odontoiatri.
€ 800,00 (massimo due sedi con stessa ragione sociale e medesimi operatori sanitari)

b- Nel caso in cui:

- tutti gli odontoiatri siano iscritti ANDI e Assicurati a termini della presente Polizza e tutti gli igienisti dentali abbiano aderito alla Polizza ANDI ad essi dedicata;
- di tale Società immobili, arredi, attrezzature, servizi amministrativi, infermieristici e ausiliari in genere non vengano impiegati per attività diverse da quelle collegate con i sopra indicati odontoiatri.
€ 250,00 (massimo due sedi con stessa ragione sociale e medesimi operatori sanitari)

Eventuali strutture con più di 2 sedi, ma con la medesima ragione sociale e gli stessi operatori sanitari potranno assicurare ulteriori sedi versando un premio aggiuntivo di € 100,00 per ciascuna di esse.

Art. 13) Bonus di ingresso per nuovi Assicurati Soci ANDI

I nuovi soggetti Assicurati per la prima volta, che non abbiano sottoscritto sia attraverso la presente convenzione che in altre modalità copertura assicurativa con la Compagnia negli ultimi 5 anni, possono beneficiare dello sconto di € 200,00 comprensivi di imposte vigenti, da computarsi nel premio del primo anno di adesione. Detto sconto non è cumulabile con altri sconti previsti dalla presente Polizza e non è altresì applicabile alle nuove adesioni di neolaureati (v. art. 12 tabella c). Nel caso in cui l'adesione avvenisse oltre il 30/06 di ciascun anno, l'importo di Euro 200,00 verrà decurtato con il rinnovo per l'anno successivo.

Art. 14) Reintegro automatico delle somme assicurate

In caso di esaurimento del massimale nel corso dell'anno assicurativo per effetto di uno o più sinistri indennizzabili a termini di Polizza, il massimale assicurato verrà automaticamente reintegrato nel valore originario.

L'Assicurato, ove non rinunci a tale agevolazione con comunicazione scritta indirizzata alla Compagnia tramite Oris Broker Srl, si impegna a versare l'importo relativo al periodo di reintegro.

Art. 15) Coassicurazione

Qualora l'assicurazione prestata con la presente Polizza fosse ripartita per quote tra più Compagnie, queste andranno indicate nello specifico allegato. Ciascuna di esse sarà tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, **esclusa ogni responsabilità solidale.**

Art. 16) Foro competente

Per le vertenze riguardanti l'Assicurato, Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza dell'Assicurato stesso. Per le vertenze riguardanti Oris Broker Srl, Foro competente invece è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria ove vi è la residenza o la Sede del convenuto.

Art. 17) Interpretazione del contratto

In caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

Art. 18) Norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

<p style="text-align: center;">NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E GENERALE (CONVENZIONALMENTE DEFINITA R.C.T.) E LA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I COLLABORATORI (CONVENZIONALMENTE DEFINITA R.C.O)</p>
--

Art. 19) Oggetto della responsabilità R.C.T. e R.C.O. - Estensione Territoriale

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato da ogni pregiudizio economico **quale responsabile ai sensi di legge di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale assicurata a termini dell'art. 12.** Sono inoltre compresi i danni derivanti da comportamenti anche dolosi posti in essere da persone delle quali l'Assicurato debba rispondere in conformità alla normativa vigente in tema di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, **con la sola esclusione dei collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali, anche se dipendenti, non associati ANDI e/o non Assicurati con la presente Polizza;** per i succitati soggetti vale il disposto dell'art. 30) - Collaboratori non associati ANDI - e dell'art. 12) Attività assicurate e costo annuo. Solo per quanto riguarda le società assicurate in Convenzione (v. art. 12 e 29), i collaboratori si ritengono automaticamente assicurati.

Si precisa che la garanzia opera anche per quanto dovuto in forza di norme generali o leggi speciali, per rivalse, regressi e recuperi comunque denominati. Si precisa che nel caso di responsabilità civile dell'Assicurato per morte o lesioni personali dei dipendenti e degli altri soggetti per i quali è obbligatoria l'iscrizione all'assicurazione di legge contro gli Infortuni sul lavoro e le Malattie professionali quali, a titolo esemplificativo, i tirocinanti, la garanzia opera nei limiti della responsabilità prevista dalle leggi vigenti alla data della sottoscrizione della Polizza. Ove le stesse variassero si applicherà quanto disposto in tema di aggravamento e diminuzione di rischio. L'assicurazione conserva la propria validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi previsti dall'assicurazione di legge, in quanto ciò sia conseguenza di inesatte interpretazioni delle norme vigenti in materia, purché detta interpretazione non derivi da dolo o colpa grave dell'Assicurato o delle persone delle quali o con le quali deve rispondere.

Salvo quanto previsto dall'art. 20 lettera a), **l'assicurazione della responsabilità professionale derivante dall'attività clinica esercitata sul paziente è operante solo sul territorio dello Stato italiano, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano. Tuttavia, su richiesta scritta dell'Assicurato, l'estensione verrà concessa per la regolare effettuazione di corsi, stage e motivi di studio e per l'attività clinica nei limiti di quanto previsto dalle normative in vigore e comunque non oltre 90 giorni complessivi nel corso dell'annualità. Per quanto riguarda il costo dell'estensione valgono i seguenti criteri:**

- a) per un solo Paese UE, compresi UK, Islanda, Svizzera, Norvegia e Liechtenstein, senza maggiorazioni;
- b) per più Paesi UE, compresi UK, Islanda, Svizzera, Norvegia e Liechtenstein, con maggiorazione del 50%;

- c) per il resto del mondo, **esclusi sempre USA e CANADA, e con il limite di due Paesi**, ma la possibilità di abbinare più Paesi UE, compresi UK, Islanda, Svizzera, Norvegia e Liechtenstein con maggiorazione del 100%.

Ai fini dell'estensione della copertura per l'attività svolta all'estero i Paesi costituiti in forma federale si considerano un Paese unico.

Per le altre garanzie, l'assicurazione è operante per il mondo intero, **sempre fatta eccezione per USA e CANADA.**

Le precedenti maggiorazioni non vengono applicate per chi si rechi all'estero, **ferma sempre l'esclusione di USA e CANADA**, per svolgervi attività di volontariato nell'ambito delle iniziative umanitarie di ANDI, intendendosi per tale l'Associazione, le Fondazioni e le Società alla stessa ricollegabili. Fermo quanto indicato circa i limiti di legge, in tutti i casi **l'estensione sarà valida per un periodo non superiore ai 30 giorni annui per Assicurato e verrà regolata con specifica appendice in cui verranno indicati:**

- **dati anagrafici dell'Assicurato;**
- **luogo dove viene svolta l'attività professionale di volontariato;**
- **indicazione dell'organizzazione nell'ambito della quale viene svolta detta attività.**

Art. 20) Esempificazioni e rischi aggiuntivi

L'assicurazione si estende a tutte le operazioni complementari e comunque ricollegabili all'attività professionale, **fatta eccezione per la Direzione Sanitaria (salvo quanto previsto dall'art.12 e dall'art. 31) e per l'Odontoiatria periorale, per le quali vale la specifica normativa di cui all'Estensione.**

Si precisa inoltre che deve intendersi garantita anche la RCT e RCO derivante all'Assicurato:

- a) oltre che per la responsabilità prevista al precedente art. 19 e al di fuori dei limiti geografici indicati nello stesso articolo, per i danni causati nel mondo intero, **esclusi USA e CANADA**, sia da prestazioni odontoiatriche che di medicina e chirurgia, purché effettuate per ragioni di urgenza e/o emergenza in ottemperanza ad obblighi di legge e/o deontologici, sia su pazienti sia su altre persone;
- b) a seguito di rifiuto di prestazione professionale o per omissione di intervento;
- c) per l'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa;
- d) dall'organizzazione di attività dopolavoristiche e ricreative, convegni, congressi, corsi di addestramento, seminari, gite aziendali;
- e) dalla proprietà, dall'uso, dall'installazione di cartelli, targhe o insegne, sia interne che esterne ai locali utilizzati dall'Assicurato per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'assicurazione; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, l'assicurazione opera a favore dell'Assicurato nella sua qualità di committente i lavori. Sono compresi i danni alle cose sulle quali sono installati i cartelli, le targhe o le insegne;
- f) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclofurgoni senza motore, **esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;**
- g) da arredi, attrezzature e dotazioni in genere comprese le macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande;
- h) dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- i) dalla proprietà e/o conduzione dei fabbricati e relative pertinenze utilizzati dall'Assicurato per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'assicurazione e degli impianti fissi dei predetti immobili, inclusi ascensori, montacarichi e cancelli elettrici; i danni da spargimento di acqua o da rigurgito di fogne sono compresi solo se conseguenti a rotture di tubazioni e/o condutture;
- j) da fatto delle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso i locali utilizzati dall'Assicurato per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'assicurazione;
- k) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute **con il limite di Euro 500.000,00** per periodo di assicurazione annuo;
- l) per danni a cose di terzi in consegna o custodia a seguito di furto **con il limite di euro 1.500,00 per singolo sinistro;**
- m) per danni causati da suoi dipendenti o commessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà, in usufrutto, locazione o leasing dell'Assicurato, o allo stesso intestate al PRA. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate.

Se per i danni da spargimento di acqua e rigurgiti di fogne di cui alla lettera i) nonché per il "ricorso terzi" e/o il "rischio locativo" di cui alla lettera k) operano altre polizze, anche se non sono previsti sconti per coesistenza di altro contratto (artt. 3 e 12), **le garanzie della presente copertura interverranno solo in**

eccedenza e a integrazione di quanto dovuto in forza di dette polizze, fermo sempre quanto previsto dall'art. 3 a tutela dell'Assicurato in caso di mancato accordo sulla ripartizione del sinistro.

Art. 21) Novero dei terzi

Ai fini della garanzia R.C.T. **non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato, il coniuge e i figli dello stesso nonché i dipendenti e i collaboratori rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.**

Art. 22) Esclusioni

L'assicurazione, sia R.C.T. che R.C.O., non vale:

- a) **per fatti che anteriormente alla decorrenza della copertura siano già stati oggetto di una delle comunicazioni di cui all'art. 25 lettera a);**
- b) **per i danni derivanti dalla proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili;**
- c) **Per le terapie sui tessuti periorali, per le quali è necessario uno specifico patto;**
- d) **per i danni derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di asbesto puro e/o di prodotti finiti interamente o parzialmente di asbesto e, inoltre, all'uso di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;**
- e) **per i danni conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;**

La Compagnia non sarà tenuta a prestare copertura, a risarcire sinistri o a fornire qualsiasi altro tipo di prestazione in base alla presente Polizza qualora tale copertura, risarcimento o prestazione possano esporre la sua responsabilità nei confronti di qualsivoglia forma di divieto, sanzione o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni di tipo economico o commerciale dettate da leggi o regolamenti di altri ordinamenti giuridici ai quali le parti debbano comunque attenersi.

Relativamente alla sola garanzia R.C.T., l'assicurazione non vale inoltre per i danni e le responsabilità che si verificano o insorgano in conseguenza di:

- f) **sua responsabilità professionale quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale;**
- g) **esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, fatto salvo quanto previsto all'art. 20) lettera h;**
- h) **fatti di circolazione su strade di uso pubblico, o su aree a queste equiparate, di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o impiego di aeromobili, salvo quanto previsto al precedente art. 20) lettera m;**
- i) **fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati derivanti da inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari e in genere di quanto trovantesi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;**

Inoltre, l'assicurazione R.C.T.:

- j) **non comprende i danni alle persone trasportate su veicoli a motore, salvo quanto previsto all'art. 20) lettera m;**
- k) **non garantisce il compenso relativo alle prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro (vedasi anche artt. 26 e 32);**
- l) **non comprende né i danni derivanti da spargimento da acqua, umidità, stillicidio, insalubrità dei locali, salvo quanto previsto all'art. 20 lettera i) né quelli verificatisi in occasione di lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni.**

Art. 23) Inizio e termine della garanzia – Condizioni assicurative di riferimento - Garanzia pregressa – Garanzia postuma

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta o per le denunce da lui effettuate alla Compagnia durante il tempo di operatività del contratto artt. 22 lettera a) e 25 lettera a). I rinnovi, le sostituzioni contrattuali e il passaggio da una Convenzione cessata a una

successiva, si considerano un unico periodo continuativo di assicurazione sempreché non vi siano state interruzioni (vedasi anche PREMessa ALLA POLizza – Condizioni assicurative e durata della Polizza). I ritardi nella corresponsione del premio annuo che comportano l'annullamento della posizione assicurativa (art. 1901 c.c.) determinano anche la cessazione del periodo continuativo di assicurazione.

La scadenza della Convenzione con passaggio ad altra Polizza ANDI/CATTOLICA viene regolata come se si trattasse di scadenza annuale.

-Garanzia pregressa -

La garanzia vale per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta o per le denunce da lui effettuate alla Compagnia nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità della stessa o in data antecedente a tale periodo con retroattività illimitata.

La garanzia è prestata sulla base delle dichiarazioni rese ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non essere a conoscenza di fatti o atti che possono comportare richieste di risarcimento a termini di Polizza.

-Garanzia postuma –

L'assicurazione può proseguire alle condizioni e con i limiti previsti dai punti che seguono anche dopo il termine dell'assicurazione.

In caso di cessazione dell'attività, **purché questa non dipenda da radiazione dall'Albo per fatti professionali, la copertura resta in vigore fino al termine dell'annualità per l'invio delle denunce nonché per i rischi ancora compatibili con i titoli professionali dell'Assicurato.** Inoltre, entro 30 giorni dalla cessazione dell'attività, elevati a 180 per gli eredi, vi è il diritto di richiedere che la garanzia postuma operi anche per i comportamenti colposi posti in essere prima della decorrenza dell'adesione al contratto.

Il costo per tale estensione è così calcolato:

- 1. adesione al contratto da almeno 10 anni: pagamento di un premio unico pari ad un'annualità (v. art. 12 tabella a);**
- 2. adesione al contratto da meno di 10 anni: pagamento di un premio unico pari a due annualità (v. art. 12 tabella a).**

Tale estensione di garanzia postuma vale anche per gli eredi nel caso in cui fosse già stata attivata dall'Assicurato e pagato il relativo premio; nulla più sarà perciò da loro dovuto.

Al di fuori dei casi precedenti, qualora vi sia recesso o disdetta da parte della Compagnia, l'Assicurato, dietro corresponsione di un'annualità e limitatamente alle negligenze ed agli errori verificatisi al tempo del Contratto, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione ha diritto di richiedere di essere garantito per le denunce presentate nei quattro anni successivi al termine della copertura, ridotti a tre per le attività di grado di rischio C. Nei casi specifici regolati dal presente comma la postuma decorre dalla cessazione della copertura (salvo quanto previsto dall'art. 8).

Limitatamente all'attività svolta presso il proprio Studio, il titolare Assicurato, in presenza di collaboratori anch'essi aderenti personalmente alla presente Convenzione, ha il diritto di richiedere, dietro corresponsione del relativo premio, di cui ai precedenti punti 1. e 2., la concessione della garanzia postuma qualora non vi provvedessero i collaboratori o i loro eredi (vedasi anche art. 30).

La garanzia postuma decorre dal termine dell'annualità in cui è cessata l'attività se la domanda è **anteriore alla scadenza annuale e dalla data della domanda se questa è successiva.** Indipendentemente dalla forma di garanzia postuma, questa, per i sinistri coperti da altre polizze, interverrà solo in eccedenza e a integrazione di quanto dovuto in forza di dette polizze, ma con l'applicazione della regola prevista dall'art. 3 ove non vi fosse accordo sulla ripartizione del sinistro. Per qualsiasi tipologia di postuma l'importo di premio relativo a tale estensione deve essere corrisposto entro 30 giorni da quando gli interessati hanno ricevuto, tramite Oris Broker Srl, la comunicazione che la loro richiesta è stata accettata.

Art. 24) Limiti di indennizzo e scoperto

La presente Polizza **prevede un limite di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo a scelta del singolo Assicurato tra quelli previsti all'art. 12,** fermo quanto indicato dall'art. 14.

Limitatamente ai sinistri riguardanti la responsabilità civile specifica delle attività di grado di rischio B e C, elencate al precedente art. 12, rimane a carico dell'Assicurato uno scoperto del 10% con il minimo di 500,00 Euro e il massimo di 2.500,00 Euro. Qualora invece l'intervento sia stato preceduto da indagini effettuate tramite radiografia tridimensionale (quali ad esempio TAC e CBTC) lo scoperto per ciascun danno si intende ridotto al 5%.

Tuttavia, nel caso di danni neurologici (diversi dalla lesione del nervo linguale) conseguenti alle predette attività **viene applicato lo scoperto del 20% senza limite massimo e con il minimo di euro 2.500,00 qualora l'intervento non sia stato preceduto da adeguati esami radiologici volti a individuare la localizzazione e il decorso delle strutture nervose nell'area interessata dall'intervento, a seconda della condizione clinica e della zona anatomica interessata.** Salvo i casi di future tecnologie ancora più efficaci si rende dunque necessaria, allo stato attuale, **la preliminare effettuazione di indagini realizzate tramite radiografia tridimensionale (quali ad esempio TAC e CBTC).** **Non essendo possibile, allo stato attuale, localizzare con esami radiologici il decorso del nervo linguale, in caso di lesione dello stesso si applica lo scoperto del 10% con il minimo di 500,00 Euro ed il massimo di 2.500,00 Euro a prescindere dall'esecuzione di indagini realizzate tramite radiografia tridimensionale (quali ad esempio TAC e CBTC).**

Art. 25) Denuncia e altre comunicazioni di responsabilità

L'Assicurato entro quindici giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza è tenuto a:

- a) inoltrare a Oris Broker Srl a mezzo posta elettronica certificata (PEC) lettera raccomandata A.R. o raccomandata consegnata a mano con data certa, denuncia di ogni richiesta di risarcimento. Con le stesse modalità l'Assicurato deve inoltre effettuare denuncia delle notifiche e degli avvisi giudiziari nonché di ogni altra comunicazione scritta riguardante fatti garantiti dalla Polizza. Oris Broker Srl, verificata la completezza della denuncia, ne farà invio alla Compagnia. In caso di denuncia tardiva da parte dell'Assicurato, resterà a suo carico ogni maggior onere sofferto dalla Compagnia a causa del ritardo, mentre l'omissione fraudolenta comporta la perdita del diritto alla copertura assicurativa;
- b) collaborare anche successivamente con la Compagnia fornendo ogni utile informazione.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di segnalare ad Oris Broker Srl tutti gli avvenimenti che possono venire ragionevolmente considerati suscettibili di impegnare la Compagnia.

Tali segnalazioni avranno valore di denuncia fatta eccezione per il diritto di recesso, qualora Oris Broker Srl ritenga utile inoltrarle anche nell'interesse della Compagnia.

Relativamente ai sinistri a II rischio l'Assicurato ha facoltà di darne avviso solo nel momento in cui vi sia la certezza del coinvolgimento di garanzie della Polizza, derogando dunque anche alla normativa prescrizioneale.

Art. 26) Gestione del sinistro - Arbitrato irrituale

Anche al fine di tutelare il prestigio professionale e il buon nome dell'Assicurato, la Compagnia si obbliga a ricercare in via prioritaria la definizione del danno in via transattiva, salvo il caso di opposizione al risarcimento da parte dell'Assicurato (vedasi anche successivo art. 27).

Qualora la Compagnia ritenga che il fatto denunciato non sia coperto dalle garanzie di Polizza o che non ne sia possibile una tempestiva definizione, deve darne motivato avviso all'Assicurato tramite Oris Broker Srl.

Qualora tra la Compagnia e l'Assicurato insorgano divergenze sulla portata della garanzia o sulla gestione del sinistro, in luogo dei mezzi di tutela ordinari è in facoltà dell'Assicurato di richiedere oppure di consentire che la soluzione della vertenza venga demandata ad un Collegio di tre Arbitri, uno scelto da ciascuna delle parti e il terzo, con funzioni di Presidente, nominato di comune accordo dai due Arbitri di parte, tra gli odontoiatri esperti in odontoiatria legale che risiedono nella Regione ove ha sede lo Studio dell'Assicurato o, se non disponibili profili professionali richiesti nella Regione, nelle Regioni confinanti. Tuttavia, i due arbitri di parte potranno derogare da quest'ultima disposizione qualora concordino sull'opportunità di nominare una diversa figura professionale.

In caso di disaccordo, alla nomina del terzo Arbitro provvede il Presidente della Commissione Odontoiatri dell'Ordine competente o il Segretario, qualora il Presidente sia parte in causa.

Le parti dovranno far pervenire al Collegio arbitrale tutta la documentazione in loro possesso relativa al caso in contestazione. Inoltre, se i punti in discussione riguardano in tutto o in parte la restituzione del compenso (art. 32) oppure franchigie, scoperti o qualsiasi altra compartecipazione economica cui è tenuto l'Assicurato **entrambe le parti devono fornire al Collegio anche una specifica relazione su tali aspetti.** Il Collegio Arbitrale, al quale viene concessa fin d'ora ampia dispensa in tema di privacy, avrà diritto di chiedere tramite il Presidente ogni ulteriore informazione alle parti o anche a terzi.

Se per contro l'Assicurato manterrà una posizione negativa sugli importi da lui dovuti nonché sul ricorso alla procedura arbitrale, varrà quanto previsto al termine del presente articolo.

Il Collegio si pronuncerà a maggioranza senza formalità di legge e verbalizzerà motivatamente la propria decisione, che avrà valore vincolante. Nel caso la decisione arbitrale accolga anche parzialmente le ragioni dell'Assicurato, l'intero costo dell'arbitrato graverà sulla Compagnia. Se l'arbitrato concerne più

aspetti, saranno integralmente a carico della Compagnia esclusivamente gli onorari concernenti i punti in cui la Compagnia risulti, anche se solo in parte, soccombente. In tal caso gli Arbitri dovranno pertanto scorporare i costi a carico esclusivamente della Compagnia da quelli globali. In caso contrario ciascuna delle parti è tenuta al pagamento del proprio Arbitro e al 50% del costo del Presidente del Collegio Arbitrale.

In caso di divergenze con la Compagnia, anche se non riguardanti la gestione dei sinistri o interpretazioni contrattuali, anche la Contraente può richiedere il ricorso all'arbitrato con le modalità e gli effetti previsti per il singolo Assicurato.

Quando riguarda la gestione del sinistro, la decisione arbitrale non fa comunque venire meno l'obbligo della Compagnia di vigilare sulle evoluzioni della vertenza, adeguando ad esse il proprio comportamento anche in contrasto con l'originario parere arbitrale.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di resistere in proprio alle pretese del danneggiato anche nel caso di parere contrario del Collegio Arbitrale. In tale ipotesi la Compagnia ha diritto di mettere a disposizione dell'Assicurato la somma concernente le proprie obbligazioni che documentatamente avrebbe consentito la definizione transattiva del danno, risultando così la Compagnia sollevata da ogni ulteriore onere ed impegno nei confronti del danno che si sarebbe potuto definire. Quanto previsto dal presente capoverso si applica anche nel caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di corrispondere quanto a suo carico per la definizione del sinistro.

Art. 27) Nomina di legali e periti - Malleva

Senza il previo consenso scritto della Compagnia, al quale si considera equiparata la decisione arbitrale, **l'Assicurato, al di fuori delle sedi investigative, giudiziarie o amministrative competenti, non deve ammettere sue responsabilità, né effettuare pagamenti.** Parimenti, senza il consenso dell'Assicurato, la Compagnia non può procedere a risarcimenti, ma in tutti i casi è obbligata ad assumere la gestione delle vertenze a proprie spese, anche per quanto riguarda legali e periti. Tale gestione attiene sia al campo stragiudiziale che giudiziale nonché ad ogni grado di giudizio civile, penale, tecnico o conciliativo, fino all'esaurimento di ogni procedimento e, se l'Assicurato ne fa espressa richiesta scritta, indipendentemente dall'eventuale liquidazione del danno.

I legali e i periti verranno nominati dall'Assicurato all'interno di appositi elenchi, concordati tra la Contraente e la Compagnia. Tali elenchi indicheranno anche i criteri di competenza territoriale alla quale gli Assicurati dovranno attenersi, salvo diversa deroga scritta autorizzata dalla Compagnia.

L'Assicurato potrà scegliere anche autonomamente Professionisti al di fuori dei precitati elenchi, dandone solo comunicazione alla Compagnia, ma i relativi costi saranno a suo esclusivo carico e comunque, se ne verrà richiesto nel comune interesse, dovrà affiancare ai propri anche i difensori che la Compagnia gli indicherà. Inoltre se il sinistro è di particolare gravità il coinvolgimento della Compagnia da parte dell'Assicurato non potrà essere ritardato rispetto alla nomina dei propri fiduciari.

Ove il contenzioso riguardi anche il compenso nei termini previsti dall'art. 32 qualora il danneggiato ne faccia richiesta la Compagnia gestirà il sinistro nel suo complesso. In questo caso, successivamente alla definizione degli importi dovuti, la Compagnia comunicherà all'Assicurato, fornendogli anche la relativa documentazione, la somma a suo carico a titolo di franchigia. Cattolica potrà affidare in tutto o in parte la gestione del sinistro di sua competenza a Oris Broker Srl, che vi provvederà direttamente o tramite suoi collaboratori iscritti al R.U.I., ma restano comunque di competenza esclusiva della Compagnia la definizione delle responsabilità e degli importi di danno. La collaborazione di Oris Broker Srl non comporta alcuna legittimazione passiva a termine dell'ultimo comma dell'art. 1917 c.c., ma ove lui o un suo collaboratore venisse erroneamente chiamato in causa per sinistri riguardanti la presente Polizza, la Compagnia si obbliga a mallevarlo.

Art. 28) Studio Associato – disciplina della solidarietà passiva nelle collaborazioni

L'appartenenza a uno Studio odontoiatrico Associato, sempreché la sua costituzione sia avvenuta a termini di legge e così pure le eventuali variazioni successive, dà diritto ad uno sconto del 10% se tutti gli odontoiatri Associati aderiscono alla presente Polizza e sono iscritti ad ANDI. Se vi è adesione alla Polizza da parte di almeno un associato allo Studio iscritto ANDI sono assicurabili con una maggiorazione del 70% del costo e senza alcuna possibilità di sconto anche gli altri odontoiatri associati allo Studio non soci ANDI a condizione che nell'ultimo quinquennio non abbiano ricevuto richieste di risarcimento per danni clinici.

L'assicurazione opera limitatamente a quanto dovuto dai singoli Assicurati o dallo Studio per loro conto senza alcun maggiore obbligo derivante dal vincolo di solidarietà. Per le eventuali attività prestate al di fuori dello Studio Associato valgono invece le norme generali. **L'intestazione dell'assicurazione allo Studio è possibile su richiesta degli interessati solo se tutti gli odontoiatri associati dello Studio aderiscono alla presente Polizza. In caso di cessazione dell'associazione allo Studio o di perdita dei requisiti che danno diritto allo sconto, vale quanto stabilito dall'art. 12.**

Quanto qui previsto per lo Studio Associato relativamente alla solidarietà passiva vale, indipendentemente dalla definizione giuridica, anche per qualsiasi altra forma di collaborazione non occasionale con altri professionisti, comprese quelle di cui agli articoli che seguono.

Art. 29) Società di proprietà di Soci ANDI, per una quota non inferiore al 50% più 1 e che esercitino esclusivamente attività odontoiatrica

Le Società possono aderire alla convenzione ANDI a condizione che:

- il numero complessivo di operatori sanitari, in rapporto di collaborazione e/o dipendenza con la Società, sia inferiore o uguale a 10;
- il numero dei soci ANDI Assicurati a termini della presente Polizza ed il numero degli igienisti dentali Assicurati con la Polizza ANDI ad essi dedicata, non sia complessivamente inferiore al 50% del totale degli operatori sanitari;
- di tale Società immobili, arredi, attrezzature, servizi amministrativi, infermieristici e ausiliari in genere non vengano impiegati per attività diverse dall'odontoiatria.
- di tale Società il direttore sanitario sia regolarmente assicurato a termini della presente polizza (art. 31).

E' possibile assicurare in Convenzione un massimo di due strutture con la medesima ragione sociale e gli stessi collaboratori. Qualora le strutture fossero maggiori a 2 il premio sarà maggiorato di euro 100,00 per ogni sede in più.

Per il calcolo del premio e le modalità di adesione vale il disposto dell'art. 12) Attività assicurate e costo annuo.

I casi non rientranti nelle condizioni sopra riportate, potranno essere sottoposte alla Compagnia a mezzo di invio da parte di Oris Broker della documentazione necessaria alla valutazione del rischio.

Art. 30) Collaboratori non Assicurati ANDI

Nel caso in cui l'Assicurato abbia, nella fase di adesione, attivato la presente garanzia aggiuntiva e pagato il relativo sovrappremio di cui all' art. 12) Attività assicurate e costo annuo, la garanzia opererà altresì per la responsabilità derivante all'Assicurato per fatto imputabile a collaboratori medici, odontoiatri ed igienisti dentali, anche se non Assicurati ANDI.

L'assicurazione tuttavia non si estende alla responsabilità personale dei suddetti collaboratori; pertanto, qualora la Compagnia fosse condannata a pagare l'intero ammontare del danno, essa si riserva la facoltà di rivalsa nei confronti dei responsabili.

Per i collaboratori indicati nel presente articolo, l'Assicurato potrà richiedere anche nel proprio interesse e a proprie spese l'emissione della copertura postuma secondo la procedura prevista dall'art. 23. La copertura del collaboratore, nei limiti in cui la sua prestazione risulti in garanzia, comporta l'operatività dell'assicurazione del titolare dello Studio per le richieste che gli venissero rivolte, anche in assenza di responsabilità, nella sua qualità di destinatario del mandato professionale. La stessa estensione sussiste quando il collaboratore è Assicurato con la presente Polizza in modo autonomo.

Art. 31) Normativa riguardante l'estensione della responsabilità civile del Direttore sanitario

La Compagnia si obbliga a tenere indenne il Direttore Sanitario, operante presso le strutture sanitarie nelle quali la sua presenza sia prevista dalle leggi e dalle norme vigenti, salvo il caso di dolo, per la responsabilità civile a lui derivante per morte o lesioni a persone e per danni materiali a cose, involontariamente cagionate/i a terzi nello svolgimento delle sue mansioni esercitate presso le strutture di appartenenza.

La garanzia opera limitatamente alle strutture sanitarie che esercitino esclusivamente attività riconducibili all'odontoiatria.

Per le strutture sanitarie non esercitanti esclusivamente attività riconducibili all'odontoiatria, la garanzia è operante limitatamente allo svolgimento dell'attività di Direttore/Coordinatore Sanitario di area odontoiatrica.

È comunque esclusa ogni responsabilità connessa alle attività amministrative, contabili ed alla gestione del personale. La copertura è efficace alle condizioni di validità temporale previste dalla Polizza di riferimento della quale la presente estensione di garanzia fa parte.

L'odontoiatra che ricopre la carica di Direttore Sanitario o di Coordinatore di area odontoiatrica deve essere sempre Assicurato con il massimo grado di rischio dell'attività esercitata all'interno della struttura.

I casi non rientrati nelle condizioni sopra riportate, potranno essere sottoposte alla Compagnia a mezzo di invio da parte di Oris Broker della documentazione necessaria alla valutazione del rischio.

Art. 32) Rimborso del compenso

In **deroga al punto K) dell'art. 22 - Esclusioni** - in caso di richiesta esplicita della parte del danneggiato la garanzia si intende estesa anche alla restituzione dei compensi percepiti dall'Assicurato per le prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro e che risultino regolarmente contabilizzati in data anteriore al ricevimento della richiesta risarcitoria. .

Tale estensione è prestata previa detrazione di una franchigia fissa di € 2.000 per ciascun sinistro e con un limite di indennizzo per anno per ciascun Assicurato pari a € 20.000.

Art. 33) Firma Elettronica Avanzata (FEA)

L'assicurazione si estende alle perdite patrimoniali cagionate dall'Assicurato derivanti dal servizio di erogazione della Firma Elettronica Avanzata (FEA) utilizzato nei rapporti con soggetti terzi per scopi istituzionali, societari e commerciali, purché si sia avvalso di soluzioni tecniche conformi a quanto dettato dalla normativa vigente in materia.

L'assicurazione è prestata fino a concorrenza del limite di risarcimento di euro 500.000 per sinistro e per anno assicurativo con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di euro 2.500.

NORMATIVA RIGUARDANTE L'ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI TRATTAMENTI SUI TESSUTI PERIORALI, DI SEGUITO DENOMINATA SEMPLICEMENTE *Estensione*

La garanzia è acquisibile nelle modalità riportate all'art. 10 di Polizza.

Art. I OGGETTO DELL'ESTENSIONE

Con la presente *Estensione* la Compagnia si fa carico dei risarcimenti spettanti ai pazienti o ai loro aventi diritto per i danni fisici provocati da errori colposi riguardanti i trattamenti sui tessuti periorali, praticati dall'Assicurato durante il periodo di vigenza dell'*Estensione*, purché le richieste di risarcimento e le denunce siano inoltrate entro i dodici mesi successivi.

Le modalità cliniche previste dall'*Estensione* sono le pratiche di medicina odontoiatrica ad indirizzo estetico, nei limiti di propria competenza previsti dalla legge (409/85).

Si esplicita per completezza che la normativa legale e quella contrattuale della Polizza base valgono anche per l'*Estensione*, purché compatibili. Si evidenzia pertanto a titolo esemplificativo che la garanzia non opera in caso di mancato successo delle terapie e per le patologie attribuibili alla prevedibile reattività ai trattamenti.

Art. II DEFINIZIONE DEI TRATTAMENTI SUI TESSUTI PERIORALI

Per trattamenti sui tessuti periorali si intendono le prestazioni correlate a quelle odontoiatriche nei termini previsti dalla specifica *Estensione*.

Art. III SEDE ANATOMICA DEI TRATTAMENTI SUI TESSUTI PERIORALI

Il distretto anatomico di competenza odontoiatrica riguarda l'area corrispondente ai denti, alla bocca, alla mascella e ai relativi tessuti (legge 409/85, art. 2), pertanto i trattamenti sui tessuti periorali possono essere effettuati solo sui tessuti molli di tale area, secondo il limite generale di Polizza, che contempla esclusivamente l'attività odontoiatrica, indipendentemente dalle eventuali ulteriori competenze dell'Assicurato.

Art. IV OBIETTIVI CLINICI DEI TRATTAMENTI SUI TESSUTI PERIORALI

Indipendentemente dalle tecniche adottate, l'esito terapeutico atteso, temporaneo o permanente, dai trattamenti sui tessuti periorali previsti dall'*Estensione* riguarda essenzialmente la cura con finalità estetiche del viso nelle pertinenti aree di competenza.

Art. V REQUISITI SOGGETTIVI

Per l'esecuzione dei trattamenti sui tessuti periorali l'Assicurato deve essere innanzitutto in possesso della necessaria formazione.

I trattamenti devono inoltre essere preceduti dallo scambio di idonee informazioni tra il paziente e l'Assicurato, anche al fine di consentire a quest'ultimo di verificare l'esistenza di eventuali controindicazioni, se del caso con l'ausilio di specifici esami. Il consenso informato che si determina a seguito di tali colloqui deve essere sintetizzato per iscritto e firmato sia dall'Assicurato che dal paziente.

Le prestazioni devono poi essere attuate sia secondo i principi della EBD-EVIDENCE BASED MEDICINE sia secondo linee guide terapeutiche adatte.

Art. VI PREMIO

Il premio annuo per l' *Estensione*, comprensivo dell'imposta del 22,25%, ammonta ad Euro 100,00 e deve essere versato in una con il premio base, salvo che l' *Estensione* avvenga separatamente nel corso dell'annualità. In tal caso il premio verrà ridotto secondo il criterio pro rata temporis di cui all'art. 11 della Polizza base e dovrà essere corrisposto per intero per tutte le adesioni avvenute entro il primo semestre, mentre per le adesioni del semestre successivo dovrà essere versato un premio di Euro 50,00.

SOVRAPPREMIO PER ESTENSIONE ALLE TERAPIE SUI TESSUTI PERIORALI

2022	100,00
2023	100,00
2024	100,00

Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato l'intermediazione e gli ulteriori adempimenti del presente contratto a Oris Broker Srl con Unico Socio, di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente Polizza saranno svolti dalla summenzionata Società.

Per quanto riguarda gli incassi degli importi dovuti dagli Assicurati, verranno effettuati da Oris Broker Srl, che trasmetterà alla Compagnia i premi alla stessa spettanti. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile, dei pagamenti così effettuati.

Agli effetti dei termini fissati dalle "Norme" ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto degli Assicurati alla Compagnia s'intenderà come fatta dagli Assicurati stessi. Parimenti ogni comunicazione fatta dalla Contraente e dagli Assicurati al suddetto Broker sarà considerata come inviata alla Compagnia, se trasmessa alla stessa, nel termine di 30 giorni dalla data di ricevimento.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SPA.

IL CONTRAENTE

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., dichiaro di accettare specificatamente gli artt. 3 (Coesistenza di altre assicurazioni) – 6 (Procedura di risanamento tecnico - Recesso in caso di sinistro) – 16 (Foro competente) – 22 (Esclusioni) – 25 (Denuncia ed altre comunicazioni di responsabilità) – 26 (Gestione del sinistro – Arbitrato irrituale) – 27 (Nomina di legali e periti - Malleva) del contratto assicurativo in forma collettiva stipulato tra ANDI Progetti s.r.l. e Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. **Dichiara altresì di accettare la normativa di cui all'art. 23 del predetto contratto che regola l'inizio ed il termine della garanzia in deroga al 1° comma dell'art. 1917 c.c. (Inizio e termine della garanzia – Condizioni assicurative di riferimento – Garanzia pregressa – Garanzia postuma)**

CATTOLICA ASSICURAZIONI SPA

IL CONTRAENTE
