

CAPITOLATO SPECIALE LOTTO 1

ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

**PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI
TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA**

STIPULATA TRA:

FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI PROFESSIONALI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA

con sede in Roma - Via Magna Grecia, 30/A
di seguito denominato " CONTRAENTE "

e le Società

di seguito denominate "SOCIETA'"

per l'Assicurazione a favore di tutti i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e secondo le modalità in seguito precisate.

CON DURATA

Dalle ore 24.00 del 31.12.2017 alle ore 24.00 del 31.12.2020

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurati:	<p>a) tutti i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica iscritti all'Albo e dal momento di tale iscrizione;</p> <p>b) i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica che cesseranno l'attività in corso di vigenza della polizza, con ultrattività decennale a decorrere dalla data di cessazione dell'attività;</p>
Assicurazione:	la presente Polizza
Attività Assicurata	<p>Quella prevista e disciplinata dalla normativa di riferimento, nonché quella sviluppata o resa possibile dall'introduzione di nuove tecnologie.</p> <p>A titolo esemplificativo e non esaustivo: uso di tecnologie e sorgenti di radiazioni ionizzanti, sia artificiali che naturali, di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica nucleare, interventi per la protezione fisica e dosimetrica, preparazione e somministrazione di mezzi di contrasto e radiofarmaci, altre attività sanitarie pertinenti (venipuntura, campi sterili, etc...), uso e gestione di sistemi informativi (post processing, sistemi RIS-PACS, stampa 3D, etc.), nonché attività di ricerca scientifica, formazione, consulenza, coordinamento e gestionali.</p>

Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, AonS.p.A. Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano - RUI B000117871
Contraente	Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
Franchigia	parte dell'importo liquidabile, espressa in cifra fissa, che resta a carico dell'Assicurato
Scoperto	parte dell'importo liquidabile, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato
Periodo di Assicurazione	il periodo per il quale è stato pagato il premio
Persone delle quali l'Assicurato deve rispondere	tutti i soggetti delle cui azioni od omissioni l'Assicurato sia civilmente responsabile ai sensi di Legge
Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze	<p>Quella che per prima tra le seguenti situazioni viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni; 2) la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito adedurre; 3) l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione; 4) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazione ex. art. 13 L. 24/2017; 5) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; 6) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; 7) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; 8) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico. 9) il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di

	<p>mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile;</p> <p>10) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave,</p> <p>11) la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza richiede una relazione tecnico-sanitaria.</p>
Albo	il Registro tenuto dai singoli Collegi Professionali nel quale vengono iscritti i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
Danno	Qualsiasi conseguenza dell'attività professionale esercitata dal TSRM che sia oggetto di una Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze
Sinistro	la prima richiesta scritta di risarcimento presentata dal danneggiato all'Assicurato in relazione all'attività garantita con la presente Polizza, nonché le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
Società	l'impresa assicuratrice
Terzo	qualunque persona fisica o giuridica sia pubblica che privata che possa avanzare pretese in relazione ai rischi per i quali è prestata l'Assicurazione

SEZIONE PRIMA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

I. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1. - Il rischio assicurato.

L'Assicurazione è prestata per la copertura della responsabilità civile professionale e quindi per il risarcimento dei Danni causati dal Tecnico Sanitario di Radiologia Medica nell'esercizio dell'Attività Professionale.

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

L'Assicurazione comprende inoltre la responsabilità dell'Assicurato che sia consegnatario, di valori in caso di furto e rapina, l'assicurazione di cui al presente capoverso, è prestata fino alla concorrenza di un importo pari a Euro 10.000 per ogni sinistro con il limite di Euro 20.000 per anno assicurativo.

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

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponderà per intero di quanto dovuto dall'Assicurato ai sensi dell'art. 2055 del Codice Civile, salvo il diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 2. - I rischi esclusi.

I rischi esclusi

La presente Polizza non copre:

- a) i Danni causati da dolo dell'Assicurato;
- b) i Danni causati dall'Assicurato nel periodo in cui si sia trovato sospeso dall'esercizio dell'Attività Assicurata;
- c) i Danni causati dall'Assicurato che non regolarizzi la quota di iscrizione all'Albo, comprensiva della quota assicurativa, entro il 30 settembre di ogni anno. In questo caso nulla è dovuto agli assicuratori e eventuali sinistri occorsi nel periodo 1 gennaio – 30 settembre, non saranno coperti da assicurazione.

Se un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica riceve una richiesta di risarcimento nel periodo 1/1 -30/9 e non ha ancora regolarizzato il pagamento di quanto dovuto dovrà farlo tassativamente entro 15 gg dalla denuncia, pena la nullità e la "mancanza di effetto dall'origine" della garanzia per lo stesso.

- c) i Danni causati al coniuge, agli ascendenti ai discendenti, ai parenti conviventi dell'Assicurato;
- d) i Danni, le perdite, i costi, e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti ai seguenti eventi (indipendentemente da qualsiasi altra causa o atto che interagisca contestualmente o in qualsiasi altra sequenza al sinistro):

1. Guerra, ostilità o operazioni belliche (sia che la guerra sia dichiarata che non sia dichiarata); invasione; atti di un nemico di nazionalità diversa da quella dell'Assicurato o atti di un nemico di nazionalità diversa dal Paese in cui, o su cui gli atti vengono compiuti; guerra civile; rivolta; ribellione (sommossa); insurrezione; rivoluzione; caduta del governo legalmente costituito; tumulti civili che assumono proporzioni di insurrezione; potere militare; usurpazione di potere;
2. Qualsiasi atto di terrorismo.

Clausola di continuità assicurativa

Sono esclusi i sinistri derivanti da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze verificatisi prima della data di decorrenza del primo periodo di assicurazione a condizione che al momento di tali Richieste di Risarcimento fosse in vigore una polizza di assicurazione e che tale polizza di assicurazione consentisse l'apertura di un sinistro per Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come definiti nella presente polizza.

Art. 3. - Massimale di Polizza

Per ciascun Assicurato il massimale è pari ad Euro 2.000.000,00 (euro duemilioni/00) per Sinistro e per anno assicurativo.

Art. 4. - Spese di lite

Sono a carico della Società le spese sostenute dall'Assicurato per resistere all'azione del danneggiato, con i limiti previsti dall'art. 1917 C.C..

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

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

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

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in Polizza per il Danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto

massimale, le spese vengono ripartite tra Società e Assicurato, in proporzione dei rispettivi interessi.

La Società non rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa accettati o designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 5. - Altre assicurazioni

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

II. INIZIO E CESSAZIONE DELLA GARANZIA

Art. 6. - Delimitazioni temporali

- a) La garanzia è valida per le richieste di risarcimento presentate per iscritto per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa qualunque sia l'epoca del fatto, azione od omissione che abbia dato origine alla richiesta di risarcimento.
- b) In caso di cessazione per qualsiasi causa dell'attività in corso di vigenza della presente Polizza saranno indennizzabili, alle condizioni di cui alla presente Polizza, le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato o ai suoi eredi entro 10 (dieci) anni dalla cessazione dell'attività.

III. IL SINISTRO

Art. 7. - Denuncia del sinistro

L'Assicurato deve comunicare, per iscritto, al Broker qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che lo riguardino entro 30 giorni dal momento nel quale ne è venuto a conoscenza, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 2 I Rischi Esclusi - Clausola di Continuità Assicurativa, nel qual caso la Denuncia del sinistro sarà possibile solo dopo che la Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze sarà stata alla base di nuove comunicazioni o nuovi sviluppi. I 30 giorni decorrono dal momento di tali nuove comunicazioni o nuovi sviluppi.

Detta comunicazione deve contenere:

- la descrizione del fatto e, per quanto conosciute, delle conseguenze;
- la copia della richiesta di risarcimento e dei documenti ad essa allegati;
- il nome e il domicilio del richiedente e, se conosciuti, quelli degli altri danneggiati.

L'Assicurato deve inoltre trasmettere nel più breve tempo possibile le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

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

Ogni denuncia di Sinistro dovrà essere inviata esclusivamente al Broker che gestisce la Polizza. Qualsiasi denuncia inoltrata al Broker si intende come inoltrata alla Società.

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

Allorché il Broker ritenga tale pratica formalmente in regola, dovrà trasmetterla alla Società entro i successivi 15 giorni. Il Broker dovrà, comunque, trasmettere copia della documentazione ricevuta, ancorché incompleta, entro 30 giorni dal ricevimento della denuncia.

Ove pervenga all'Assicurato una citazione giudiziaria, questa, anche se il Sinistro non sia stato precedentemente notificato al Broker dovrà essere trasmessa in fotocopia entro 5 giorni dal ricevimento alla Società e al Broker.

La Società deve comunicare le proprie decisioni in ordine al Sinistro, all'interessato e al Broker entro 30 giorni dal ricevimento dell'avviso di Sinistro e della relativa documentazione. In particolare, la Società dovrà comunicare se ritiene opportuno resistere alla pretesa del terzo danneggiato o se intende provvedere immediatamente al pagamento. In questo secondo caso l'Assicurato può comunicare alla Società e al Broker la sua opposizione al pagamento entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione della Società. In mancanza di opposizione, la Società pagherà quanto dovuto al terzo danneggiato entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza del termine di cui sopra.

La Società deve altresì immediatamente comunicare al Broker l'esito di ogni singola denuncia di Sinistro e i pagamenti eventualmente effettuati.

Art. 7 bis - Sinistri in serie

Nell'ipotesi in cui l'Assicurato riceva più richieste di risarcimento, anche da soggetti diversi ma comunque derivanti dal medesimo atto si darà luogo all'apertura di un unico Sinistro nei limiti del massimale vigente al momento della prima richiesta. La data di ricezione della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data di tutte le richieste anche per quelle presentate successivamente alla cessazione dell'Assicurazione.

Art. 8. - Diritti e obblighi delle parti in caso di sinistro

Gestione del Sinistro

La Società può assumere in ogni momento la gestione della vertenza a nome dell'Assicurato sia in sede stragiudiziale che in sede giudiziale, ed è obbligata a farlo se l'Assicurato lo richiede.

L'Assicurato non deve ammettere la propria responsabilità, né raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo consenso scritto della Società.

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

Tentativo di Mediazione e/o di Conciliazione

Nel caso in cui l'Assicurato venga convocato per il tentativo di mediazione o invitato a partecipare al tentativo di conciliazione ex. art. 696 bis del codice di procedura civile la sua partecipazione a detta procedura dovrà essere autorizzata per iscritto dalla Società la quale, a seguito di detta autorizzazione, ne sosterrà i costi. L'eventuale nomina di un legale da parte dell'Assicurato in tale procedura dovrà parimenti essere oggetto di specifica autorizzazione scritta da parte della Società.

Nomina del legale difensore e altre facoltà.

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

Art. 9. - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia alla rivalsa verso le persone del cui operato l'Assicurato debba rispondere;

Tuttavia la rinuncia alla rivalsa non opera nei confronti delle persone del cui operato il Tecnico Sanitario di Radiologia Medica debba rispondere, nel caso in cui gli eventi siano imputabili a dolo di tali persone.

IV. COMUNICAZIONI

Art. 10. – Comunicazioni della Società

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

- codice professionale (dipendente o libero professionista)
- Numero sinistro attribuito dalla Società
- Danneggiato
- Data accadimento
- Data richiesta di risarcimento Data denuncia
- Descrizione evento (campo libero)
- Codice sinistro (codice attività da elaborare: ad es. errata diagnosi, danni materiali, etc.)
- Importo reclamato (se conosciuto)
- Importo riservato dalla Compagnia
- Importo spese dei fiduciari (legale, perito etc) riservate
- Importo spese dei fiduciari (legale, perito etc.) pagate Importo liquidato sinistro
- Totale pagato Totale riservato
- Data di chiusura (senza seguito o data liquidazione)
- Data di ultima riservazione

La mancata comunicazione nei termini prescritti dei dati di cui al comma 1 sarà considerata ipotesi di grave negligenza nell'esecuzione delle prestazioni.

SEZIONE SECONDA NORME GENERALI PER L'ATTIVAZIONE E GESTIONE DELLA POLIZZA

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

La presente Polizza è stipulata dal Contraente Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica per conto e nell'interesse dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica che sono o che saranno iscritti all'Albo e nell'interesse dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica già cessati alle ore 24.00 del 31.12.2017 o dei loro eredi nonché dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica che cesseranno durante il periodo di vigenza della Polizza.

La garanzia decorre automaticamente dalle h. 24.00 della data indicata nel sottostante art. 13 per i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica già iscritti all'Albo a tale data e, per i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica iscritti successivamente o che regolarizzano la loro posizione mediante versamento del contributo obbligatorio successivamente al 30 settembre, dalle ore 24 del giorno della loro iscrizione o della regolarizzazione.

Art. 12. – Premio

Il premio calcolato su un numero di TTSSRM iscritti all'Albo alla data del 31.10.2017 pari a n.....è di euro comprensivo delle imposte.

Il premio sarà versato con le seguenti modalità:

Fermo restando che la Polizza è validamente operante per tutti i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica risultanti “non sospesi” e “non cancellati” alla data di decorrenza, la Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica versa:

- un premio anticipato, corrispondente al 20% del totale calcolato sulla base degli iscritti “non sospesi” e “non cancellati” alla data di decorrenza entro il 15 febbraio;
- un premio anticipato, corrispondente al 30% del totale calcolato sulla base degli iscritti “non sospesi” e “non cancellati” alla data di decorrenza entro il 30 aprile;
- un premio anticipato, corrispondente al 20% del totale calcolato sulla base degli iscritti “non sospesi” e “non cancellati” alla data di decorrenza entro il 2 luglio
- sarà pagata a regolazione con dichiarazione del consuntivo degli Iscritti entro il 30 gennaio dell’anno successivo a quello di decorrenza e versamento del premio attivo o passivo entro il 15 febbraio successivo la differenza attiva o passiva tra:

1. quanto versato

e

2. quanto corrispondente al premio dovuto per gli iscritti alla data di decorrenza decurtato di quello calcolato per i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica che non abbiano regolarizzato la loro posizione mediante versamento del contributo obbligatorio entro il 30 settembre per i quali la copertura assicurativa è “senza effetto dall’origine”.

Nella regolazione saranno conteggiati anche i premi dovuti per i Tecnici Sanitari di Radiologia che si iscrivono all’Albo nel corso dell’anno, o che regolarizzano la loro posizione mediante versamento del contributo obbligatorio successivamente al 30 settembre.

Il premio per i nuovi iscritti sarà calcolato nella misura del 50% del premio annuo lordo per gli iscritti nel primo semestre e nella misura del 25% del premio annuo lordo per gli iscritti nel secondo semestre.

Anche ai fini del pagamento del premio si precisa quanto segue:

La copertura è nulla e quindi “senza effetto dall’origine” per i TTSSRM che non regolarizzano la quota entro il 30 settembre. In questo caso nulla è dovuto agli assicuratori e eventuali sinistri occorsi nel periodo 1 gennaio – 30 settembre, non saranno coperti da assicurazione.

Se un TSRM riceve una richiesta di risarcimento nel periodo 1/1 -30/9 e non ha ancora regolarizzato la quota dovrà farlo entro 15 gg dalla denuncia, pena la nullità e la “mancanza di effetto dall’origine” della garanzia per lo stesso.

In deroga alla disposizione del secondo comma dell’art. 1901 del Codice Civile, la garanzia è sospesa dalle h. 24.00 del quarantaseiesimo giorno successivo a quello della scadenza.

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

La durata della presente Polizza è fissata in tre anni, e cioè per il periodo che va dalle ore 24.00 del 31.12.2017 alle ore 24.00 del 31.12.2020 suddivisi in periodi assicurativi di un anno, con espressa rinuncia alla facoltà di recesso.

Salvo quanto previsto dall’articolo 6 punto b) della Sezione Prima della Polizza, l’Assicurazione cessa automaticamente nei confronti dell’Assicurato in caso di cessazione, per qualsiasi causa, dell’Attività Assicurata.

Art. 14. – Modificazioni - Comunicazioni

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

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

Art. 15 – Clausola Broker

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione il Contraente/Assicurato conferisce mandato al Broker di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;

È convenuto pertanto che:

- 1) ogni comunicazione fatta al Broker si considererà come fatta al Contraente/Assicurato;
- 2) ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Art. 15 bis. – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

Art. 15 ter. – Norme del Codice Civile

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

Per approvazione e conclusione dei rapporti contrattuali portati dalla presente Polizza

Luogo e data _____

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

Luogo e data _____

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

CLAUSOLE DA APPROVARE SPECIFICAMENTE PER ISCRITTO

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c. il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli riportati nel testo della presente polizza:

- Art. 2 - I rischi esclusi;
- Art. 3. - Massimale di Polizza;
- Art. 4. - Spese di lite;
- Art. 6. - Delimitazioni temporali;
- Art. 7. - Denuncia del sinistro;
- Art. 8 bis. - Sinistri in serie;
- Art. 11.- Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia;

- Art.12. - Premio;
- Art. 13. - Durata della Polizza - Cessazione della garanzia.

IL CONTRAENTE _____