



Ordine della Professione Ostetrica
di



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

CAPITOLATO SPECIALE LOTTO 1

ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

**PER LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E
PER COLPA GRAVE DELLE/GLI ISCRITTE/I ALL'ORDINE DELLA
PROFESSIONE OSTETRICA DI**



STIPULATA TRA:

“ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DI”

di seguito denominato " CONTRAENTE "

e

“FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA”

Di seguito denominato “CONTRAENTE/STAZIONE APPALTANTE”

e

La/le Società.....

di seguito denominata/e "SOCIETA”

per l'Assicurazione a favore di tutte/i le/gli Iscritte/i all'Ordine Contraente che abbiano aderito, nelle forme e nei modi descritti nella documentazione di gara.

CON DURATA

Dalle ore 24.00 del 31.12.2019 alle ore 24.00 del 31.12.2022

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurati:	<p>a) tutte/i le/gli iscritte/i all'Albo professionale di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 presso l'Ordine Contraente che abbiano aderito alla presente Polizza Collettiva ad Adesione nelle forme e nei modi previsti dalla documentazione di gara</p> <p>b) i soggetti di cui al punto a) che precede e che cesseranno l'attività in corso di vigenza della polizza, con ultrattività decennale (o maggiore secondo quanto previsto dalla variante migliorativa 1) a decorrere dalla data di cessazione dell'attività;</p>
Assicurazione:	la presente Polizza Collettiva ad Adesione
Attività Assicurata:	<p>quella prevista e disciplinata dalla normativa di riferimento, nonché quella sviluppata o resa possibile dall'introduzione di nuove tecnologie.</p> <p>Sono espressamente oggetto di copertura assicurativa le attività connesse con lo svolgimento dell'attività</p>



	professionali quali a titolo esemplificativo e non esaustivo attività gestionali, di coordinamento, di ricerca scientifica, formazione, docenza, consulenza.
Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, Aon S.p.A. Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano - RUI B000117871
Contraente	l'Ordine della Professione di Ostetrica di (di seguito anche per brevità OPO) e la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (di seguito anche per brevità FNOPO)
Stazione Appaltante	la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
Parti	i Contraenti, la Stazione Appaltante, la Società e l'Assicurato
Periodo di Assicurazione	il periodo per il quale è stato pagato il premio.
Contributo con finalità assicurativa	l'importo che l'Assicurato versa alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (di seguito anche per brevità FNOPO), corrispondente alla quota individuale di premio che la Federazione è tenuta a versare alla Società per ogni Assicurato.
Premio	l'importo versato dalla FNOPO agli Assicuratori per conto dell'OPO Contraente, a fronte della copertura assicurativa dei singoli aderenti.
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	<ol style="list-style-type: none"> 1. quella che per prima tra le seguenti situazioni viene a conoscenza dell'Assicurato: 2. 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; 3. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre; 4. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione; 5. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo che chiede di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, comprese le comunicazioni ex. art. 13 L. 24/2017;



	<ol style="list-style-type: none"> 6. 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; 7. 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; 8. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria di Appartenenza richiede una relazione tecnico-sanitaria. 9. 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; 10. 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. 11. il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione o dell'invito a partecipare al tentativo di conciliazione ex art. 696 bis del codice di procedura civile; 12. 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.
Albo/i	i/i Registro/i tenuto/i dai singoli Ordini della Professione di Ostetrica (O.P.O.) territoriali e nei quali vengono iscritte/i le/gli ostetriche/i
Danno	qualsiasi conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato 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 i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Società	l'impresa assicuratrice
Terzo	la 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 dagli Assicurati nell'esercizio dell'Attività Assicurata.

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

Si intendono espressamente garantite dalla presente Assicurazione le responsabilità previste dalla L. 24/2017 e ss.mm.ii, con la sola esclusione delle responsabilità per fatto doloso dell'Assicurato.

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

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

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:

1. i Danni causati da dolo dell'Assicurato;
2. i Danni causati dall'Assicurato nel periodo in cui si sia trovato sospeso per qualunque motivo dall'esercizio dell'Attività Assicurata;
3. l'Assicurato che, in occasione del rinnovo annuale, non provveda al versamento del Contributo con finalità assicurativa entro il 31 marzo. In questo caso nulla è dovuto dagli assicuratori e eventuali sinistri occorsi nel periodo 1° gennaio – 31 marzo, non saranno coperti da assicurazione.

Se un soggetto già assicurato ha un Sinistro nel periodo 1° gennaio – 31 marzo e non ha ancora regolarizzato il pagamento di quanto dovuto al fine di provvedere al rinnovo della copertura per un'ulteriore annualità, dovrà farlo tassativamente entro 15 gg dalla denuncia, pena la nullità e la "mancanza di effetto dall'origine" della garanzia per lo stesso.

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



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

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, fatto salvo il ricorrere congiunto dei seguenti punti:

1 - che al momento di tali Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fosse in vigore una polizza di assicurazione

2 - che tale polizza di assicurazione non consentisse l'apertura di un sinistro per Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come definiti nella presente polizza. In questo caso la Società tiene indenne l'Assicurato alle condizioni della presente polizza per le conseguenze di tali Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che dovessero manifestarsi in vigenza di contratto o durante il periodo di ultrattività.

Art. 3. - Massimale di Polizza

Per ciascun Assicurato il massimale è pari a Euro 2.000.000,00 (euro duemilioni/00) per Sinistro e per anno assicurativo o, in alternativa, è pari a Euro 5.000.000,00 (euro cinquemilioni/00) per Sinistro e per anno assicurativo per chi abbia aderito all'opzione di massimale relativa e versato il Contributo con Finalità Assicurativa corrispondente.

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

1. **RETROATTIVITA'**: La garanzia è valida per le richieste di risarcimento presentate per iscritto per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della garanzia stessa a condizione che il fatto, l'azione od omissione che abbia dato origine alla richiesta di risarcimento sia accaduto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di prima adesione alla Polizza Collettiva di Adesione.
2. **ULTRATTIVITA' IN CASO DI CESSAZIONE**: In caso di cessazione per qualsiasi causa dell'attività in corso di vigenza della presente Polizza saranno indennizzabili, alle condizioni di cui alla presente Polizza, le Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato o ai suoi eredi entro 10 (dieci) anni dalla cessazione dell'attività. In questa evenienza il massimale sarà unico per l'intero periodo e non sarà possibile per la Società recedere anticipatamente dalla garanzia.

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 siano pervenute all'Assicurato nuove comunicazioni inerenti la Richiesta di Risarcimento e/o Fatto e/o Circostanza nota. In questo caso i 30 giorni decorrono dal momento di tali nuove comunicazioni.

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 in 30 (giorni) 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 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. 8 - 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. 9 - 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 i relativi costi saranno sostenuti dalla Società nel caso in cui la



sua partecipazione a dette procedura venga autorizzata per iscritto dalla stessa. L'eventuale nomina di un legale da parte dell'Assicurato in tale procedura dovrà parimenti essere oggetto di specifica autorizzazione scritta da parte della Società affinché la stessa ne sostenga i costi.

Nomina del legale difensore e altre facoltà.

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

Art. 10. - Rinuncia alla rivalsa

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

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

IV. COMUNICAZIONI

Art. 11. – Comunicazioni della Società

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

1. codice professionale (dipendente o libero professionista)
2. Numero sinistro attribuito dalla Società
3. Data accadimento
4. Data richiesta di risarcimento Data denuncia
5. Descrizione evento (campo libero)
6. Codice sinistro (codice attività da elaborare: ad es. danni materiali, etc.)
7. Importo reclamato (se conosciuto)
8. Importo riservato dalla Compagnia
9. Importo spese dei fiduciari legale, perito etc) riservate
10. Importo spese dei fiduciari (legale, perito etc.) pagate
11. Importo liquidato sinistro
12. Totale pagato
13. Totale riservato
14. Data di chiusura (senza seguito o data liquidazione)
15. 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. 12. – Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia



La presente Polizza è stipulata dai Contraenti: Ordine della Professione Ostetrica di, e FNOPO, a favore di Tutte/i le/gli iscritte/i all'Albo professionale di cui all'art. 4 della legge 11 gennaio 2018, n. 3 presso l'Ordine Contraente che abbiano aderito alla Polizza Collettiva ad Adesione personale nelle forme e nei modi previsti dalla documentazione di gara.

La garanzia decorre automaticamente dalle h. 24.00 del versamento del Contributo con Finalità Assicurativa alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), nelle forme che saranno definite dagli Ordini e/o dalla stessa Federazione.

In occasione dei rinnovi annuali la garanzia:

- decorre dalle ore 00 del 31 dicembre se entro il 31 marzo è stato versato il relativo Contributo;
- In caso di mancato versamento entro il 31 marzo la garanzia è sospesa dalle ore 24 del 31 dicembre e si riattiva con effetto dalle ore 24 del giorno di versamento del Contributo;
- In caso di mancata riattivazione della garanzia la Società rinuncia ad agire nei confronti dei Contraenti o del singolo assicurato per la riscossione dell'importo dovuto per il rinnovo. In caso di sinistro per la verifica della regolarità amministrativa farà fede la data del versamento effettuato alla FNOPO.

In ogni caso, nell'eventualità di decorrenza di termini perentori per la proposizione di azioni e/o per costituzione in giudizio, l'assicurato potrà, anche in pendenza di decisioni arbitrali e/o in periodo precedente, procedere autonomamente fermo l'esito del giudizio arbitrale ai fini della rifusione delle spese sostenute".

Art. 13. – Contributo con Finalità Assicurativa e Premio

Il Contributo con Finalità Assicurativa che ciascun Assicurato aderente alla Polizza Collettiva intestata all'Ordine di appartenenza versa alla FNOPO è pari a:

- euro (.....) per il massimale per sinistro e per periodo assicurativo di euro 2.000.000,00 (euro duemilioni)
- euro (.....) per il massimale per sinistro per periodo assicurativo di euro 5.000.000,00 (euro cinquemilioni/00)

Il premio corrispondente alle adesioni pervenute sarà versato dalla FNOPO al Broker per conto dell'Ordine Contraente con le seguenti modalità:

entro il 28 febbraio	il premio corrispondente ad adesioni e rinnovi con data di pagamento 1° gennaio - 31 gennaio;
entro il 30 aprile	il premio corrispondente ad adesioni e rinnovi con data di pagamento 1° febbraio -31 marzo
entro il 31 luglio	il premio corrispondente ad adesioni e rinnovi con data di pagamento 1° aprile – 30 giugno
entro il 31 ottobre	Il premio corrispondente ad adesioni e rinnovi con data di pagamento 1° luglio – 30 settembre
entro il 31 gennaio dell'anno successivo	il premio corrispondente ad adesioni e rinnovi con data di pagamento 1° ottobre - 31 dicembre



Art. 14. – 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 31.12.2019 alle ore 24.00 del 31.12.2022 suddivisi in periodi assicurativi di un anno, con espressa rinuncia alla facoltà di recesso.

Salvo quanto previsto dall'articolo 6 punto 2) della Sezione Prima della Polizza, l'Assicurazione cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato in caso di cessazione, per qualsiasi causa, dell'Attività Assicurata.

Art. 15. – Modificazioni - Comunicazioni

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

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

Art. 16 – Clausola Broker

La FNOPO anche in nome e per conto dell'OPO Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del Broker Aon S.p.A. Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano - RUI B000117871, incaricato ai sensi del D.lgs 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni. La FNOPO, l'OPO Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker incaricato. Pertanto ogni comunicazione inviata da FNOPO/OPO al Broker incaricato si intenderà come fatta alla Società e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker incaricato si intenderà come fatta a FNOPO/OPO.

Art. 17 – Tracciabilità dei flussi finanziari

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

Art. 18 – Norme del Codice Civile

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

Per approvazione e conclusione dei rapporti contrattuali portati dalla presente Polizza

Luogo e data: _____

CONTRAENTE/STAZIONE APPALTANTE
(FNOPO) _____

IL CONTRAENTE
(ORDINE DI) _____

LA SOCIETA'



Ordine della Professione Ostetrica
di



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

XYZ _____

CLAUSOLE DA APPROVARE SPECIFICAMENTE PER ISCRITTO

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c. L'Ordine della Professione Ostetrica di e la FNOPO dichiarano 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. - Sinistri in serie;
- Art. 12. - Contraente - Assicurati - Decorrenza della garanzia;
- Art. 13. - Premio;
- Art. 14. - Durata della Polizza - Cessazione della garanzia.

Luogo e data: _____

CONTRAENTE/STAZIONE APPALTANTE
(FNOPO) _____

IL CONTRAENTE
(ORDINE DI) _____

LA SOCIETA'
XYZ _____
