

Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo *RC Colpa Grave professionisti sanitari*

Documento predisposto a cura di LLOYD'S Insurance Company S.A. registrato in Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da

Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità per Colpa Grave dell'esercente la professione sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-sanitarie Pubbliche e/o Private per ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dal Giudice nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa, di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria.



Che cosa è assicurato?

- Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dal Giudice nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza ex art.9 Legge 24/2017.
- L'Assicurazione è operante per tutte le attività professionali esercitate dall'Assicurato, presso della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina. L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati.
- L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al Fascicolo Informativo. Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale)



Che cosa non è assicurato?

- × Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato o di taluno dei suoi legali rappresentanti o amministratori (art.1917 del Codice Civile);
- × Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il sottolimito di indennizzo o massimale pattuito;
- × Multe, ammende, sanzioni amministrative personali;
- × Danni subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di infortuni durante lo svolgimento della propria attività professionale;



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato per:

- ! i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- ! i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.

Resta inteso che in nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si esponessero a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

Non sono considerati "terzi":

- ! il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- ! i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, si applicano i seguenti disposti:

- ! l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza;
- ! l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.



Dove vale la copertura?

- L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, di Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e della Svizzera. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.



Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di:

- Accedere all'apposita piattaforma web e far pervenire al Broker il Modulo di Proposta generato, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura.
- La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:
 - Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta ;
 - Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta;
 - Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta;
 - Assenza di domande inevase;
 - Dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze;
- In caso di risoluzione dell'Assicurazione, il proponente ha diritto esclusivamente alla restituzione del Premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

- Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (art. 1897 c.c.) o un aggravamento (art. 1898 c.c.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, l'Assicurato ha l'obbligo di dare immediato avviso di dette variazioni. L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.
- Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge.

Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge. Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza definita nel Modulo di Proposta



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Limitatamente agli Assicurati con una polizza in scadenza sotto la CAA B087519U02F5002 e B087520U02F5002, a parziale deroga dell'art. 1901 del C.C., le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto nei 60 giorni successivi alla data di decorrenza.



Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta inviata con preavviso di almeno 45 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.

Assicurazione della Responsabilità Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.

Product: **Polizza di Colpa Grave per Esercenti la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private**

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: prima versione

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 07 Dicembre 2020

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato 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.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094. Sito web: www.lloyds.com/brussels
E-mail: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com
Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.
E-mail: informazioni@lloyds.com
Telefono: +39 02 6378 8870

Il capitale sociale di Lloyd's Insurance Company S.A. ammonta ad EUR 136.222.500. Indice di solvibilità di Lloyd's Insurance Company S.A. disponibile su www.lloyds.com/brussels.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare? Non vi sono opzioni da attivare

**Che cosa NON è assicurato?**

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
-----------------------	--

**Ci sono limiti di copertura?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
--

**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?****Cosa fare in caso di sinistro?**

Denuncia di sinistro: In caso di Sinistro, l'Assicurato deve dare avviso scritto al Broker, anche a mezzo fax, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, di una Richiesta di Risarcimento e/o di Fatti e/o Circostanze.

Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile. Da ciò ne deriva che le denunce di Sinistro e/o le comunicazioni pervenute oltre due anni dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla prestazione, comporteranno per l'Assicurato la perdita del diritto alla prestazione.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Obblighi dell'impresa

L'Assicuratore, verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione ai fini istruttori, provvederà alla formulazione di una congrua e motivata offerta per l'indennizzo o a comunicare i motivi per i quali non ritiene di presentare una offerta. L'Assicuratore provvederà alla liquidazione della somma a favore dell'Assicurato entro 60 giorni dall'invio della conferma di liquidazione/disposizione di bonifico.

**Quando e come devo pagare?**

Premio	Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Non sono previsti casi di rimborso del premio.

**Quando comincia la copertura e quando finisce?**

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.

**Come posso disdire la polizza?**

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione alla Società, per il tramite del Broker.</p> <p>Il termine che precede decorre dal giorno successivo alla data della disposizione del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del Premio. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto è rivolto agli esercenti la professione sanitaria, che svolga o abbia svolto una delle attività indicate di seguito:

- Dirigente Medico/Assistente Medico/Medici in rapporto di libera professione;
- Direttore Medico di struttura semplice o complessa e Medico Primario/Aiuto Primario/Responsabile di Unità Operativa;
- Medico Contrattista/Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale;
- Dirigente Sanitario non Medico /Specializzando/ Personale Universitario Convenzionato;
- Direttore Sanitario / Direttore Socio Sanitario / Direttore medico di Presidio;
- Personale Sanitario non Medico e non Dirigente

e che svolga la propria attività in qualità di dipendente, o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria, incluso lo Specializzando.

**Quali costi devo sostenere?****Costi di intermediazione:**

Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari, fino ad un massimo del 22,5% del premio pagato.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dal presentazione del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	<p>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)</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p>

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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

L'ASSICURAZIONE E' PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE"

Si vedano gli articoli 4, 7, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la stipulazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare una delle professioni sanitarie indicate nel Modulo di Proposta con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti **o in alternativa di esercitare la propria attività presso una Struttura Sanitaria in qualità di Direttore Generale o Amministrativo**

1.2 di esercitare la predetta attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria

1.3 di non essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione oppure di essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come indicato nel Modulo di Proposta.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere indennizzato dall'Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Ai fini dell'applicazione degli artt. 1892 e 1893 c.c. saranno considerate esclusivamente le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel Modulo di Proposta.

Con riferimento a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelli di cui alla relativa Definizione contenuta nell'Articolo 3 che segue.

Articolo 3 DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante della Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori	Come da Dichiarazione di Coassicurazione
Assicurato/Contraente	L'esercente la professione sanitaria che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta, e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o a qualunque titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, incluso lo specializzando. Per la copertura per le Perdite Patrimoniali si intende anche il Direttore Generale o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati.

<p>Attività Professionale</p>	<p>L'attività medico-sanitaria svolta dall'Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e/o l'attività di Direttore Generale o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica</p>
<p>Broker</p>	<p>l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, indicato nella Scheda di Copertura.</p>
<p>Comportamento Colposo</p>	<p>il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.</p>
<p>Comunicazione Formale</p>	<p>la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Assicurato</p>
<p>Fatti e/o Circostanze</p>	<p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave. • La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali; • l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c. • la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute

	<p>dall'Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; • la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che all'U.R.P. -Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; • la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico; • il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione; • la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Socio-sanitariao l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.
<p>Danno</p>	<p>il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.</p>
<p>Danno Erariale</p>	<p>il Danno pubblico subito dall'Erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.</p>
<p>Denuncia di Sinistro</p>	<p>la notifica, inviata dall'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza</p>

Loss Adjuster	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri
Massimale	la somma massima, indicata nella scheda di copertura, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare per ogni Assicurato ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze e delle persone danneggiate.
Modulo di Proposta	il Modulo con il quale il Contraente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, per il quale è stato pagato il Premio. E' parte integrante del Periodo di Assicurazione l'eventuale estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9)
Periodo di Efficacia	il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione; tale periodo non comprende l'estensione dell'assicurazione in caso di eventuale cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9).
Polizza	il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta ed alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
Responsabilità amministrativa	la responsabilità gravante sull'Assicurato che per inosservanza degli obblighi o doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o,

	più in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.
Responsabilità amministrativo-contabile	la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato, detto "agente contabile", fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio o di impiego con la Pubblica Amministrazione, che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale o un Danno Erariale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.
Richiesta di Risarcimento	Il primo tra: <ul style="list-style-type: none"> • l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave. • la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'assicurato per colpa grave. • L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.
Scheda di Copertura	il documento, che forma parte integrante della Polizza, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'attività assicurata, il perimetro della copertura ed il premio imponibile con le relative imposte governative
Sinistro	le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria	Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.

Terzo

ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti.

Non sono considerati terzi

- il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Le definizioni di cui sopra sono state redatte in osservanza di quanto previsto all'art.166 codice delle Assicurazione Private ex d.lgs 209/2005.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

L'Assicurazione è prestata nella forma «claims made», ossia è destinata a tenere indenne l'Assicurato in relazione a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze manifestatisi per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciati agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia. Se l'Assicurato ha svolto in passato una o più attività previste tra quelle indicate nel Modulo di Proposta, ma diverse da quella che svolge attualmente e che è dichiarata nel Modulo di Proposta, la Retroattività è pienamente efficace anche per dette attività.

La data di retroattività corrisponde al giorno indicato nella Scheda di Copertura e, ai sensi dell'art. 11 della Legge 8 marzo 2017 n.24, è pari ad almeno 10 anni.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «**claims made**» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dal Giudice nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa, di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria anche ai sensi dell'art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate nel Modulo di Proposta, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.

L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati. L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera, di Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatti valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 ESCLUSIONI

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma «*claims made*», sono esclusi:

1. i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
2. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.

Sono esclusi dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze:

- a) riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- b) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- d) in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- e) fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- f) per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- g) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- h) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- i) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- j) derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- k) relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- l) relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- m) relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- n) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- o) conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- p) che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- q) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.
- r) In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcune richieste di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituiscano violazione

di qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni Economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Articolo 8 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 9 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura, senza nessun Premio aggiuntivo e come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017, per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

La copertura di cui al presente articolo cesserà nel momento in cui l'Assicurato dovesse riprendere ad esercitare l'Attività Professionale.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Articolo 10 CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dal proponente sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Proposta (articolo 1 e 2).

Le parti concordano che le attività di:

- a)** registrazione dei propri dati personali;
- b)** elaborazione dell'indicazione di Premio;
- c)** accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di Premio ed al sistema di preventivazione online

costituiscono modalità di vendita a distanza e si impegnano al rispetto della normativa IVASS in vigore.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e scade al termine del Periodo di Assicurazione come indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 11 RECESSO PER RIPENSAMENTO

L'Assicurato dispone di 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alle garanzie previste in Polizza, senza doverne indicare il motivo.

Il termine per esercitare il diritto di recesso per ripensamento decorre:

- a)** dalla trasmissione al broker del Modulo di Proposta debitamente sottoscritto dal Contraente /Assicurato; o
- b)** dal pagamento del Premio al Broker

Per poter usufruire del "diritto di ripensamento" l'Assicurato deve:

- comunicare la propria decisione al Broker via mail;
- inviare al Broker una raccomandata con ricevuta di ritorno entro 14 giorni dalla data di ricezione dei documenti assicurativi dichiarando di non essere a conoscenza di danni avvenuti nel periodo;
- restituire al Broker i documenti assicurativi originali tramite raccomandata con ricevuta di ritorno entro 15 giorni dalla data di comunicazione del ripensamento.

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento nell'ipotesi sub b), in assenza di Sinistri, e con le modalità sopra indicate, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.

In caso di Sinistro verificatosi nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio, è precluso il diritto di recesso per ripensamento.

Articolo 12 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione.

L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.

Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

Articolo 13 MODALITÀ DEL RINNOVO

La Polizza viene rinnovata automaticamente alle medesime condizioni in corso per ulteriori 12 (dodici) mesi, in assenza di:

- a. disdetta, inviata da una delle parti con preavviso di 45 giorni
- b. variazioni di rilievo dell'attività professionale ai sensi del terzo capoverso dell'art. 12, inerente il Periodo di Assicurazione immediatamente precedente al rinnovo;
- c. qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze ricevuta dall'Assicurato, o di cui l'assicurato sia venuto a conoscenza nel corso del Periodo di Assicurazione precedente al rinnovo.

In presenza di almeno una delle condizioni sopraindicate, è facoltà dell'Assicuratore procedere a separata valutazione del rischio e all'eventuale applicazione di differenti condizioni di rinnovo.

Articolo 14 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web deve pervenire al Broker entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti a), b), c) dell'Articolo 10.

La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:

- A) Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta ;
- B) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta;
- C) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta;
- D) Assenza di domande inevase;
- E) Dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze;

In caso di risoluzione dell'Assicurazione, il proponente ha diritto esclusivamente alla restituzione del Premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Articolo 15 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato o dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 17 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia di Sinistro scritta agli Assicuratori, per il tramite del Broker, di ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Tale denuncia di Sinistro deve contenere la data e la descrizione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla Denuncia di Sinistro devono far seguito, con urgenza, i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a dettagliata relazione confidenziale sui fatti.

Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento derivante dai medesimi Comportamenti Colposi, gli stessi saranno considerati Sinistri validamente denunciati alla data in cui è stata trasmessa la prima denuncia.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 18 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali e/o tecnici e/o consulenti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico degli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento, in aggiunta al massimale, ma entro il limite del 25% del massimale medesimo.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano dagli stessi designati o autorizzati e non rispondono di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'Assicurato.

Articolo 19 SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Articolo 20 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione della Polizza deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 21 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

- 1) il Contraente/Assicurato conferisce mandato al Broker di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
- 2) gli Assicuratori conferiscono mandato al Lloyd's Coverholder One Underwriting Srl di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questa 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;
- 3) ogni comunicazione fatta a One Underwriting Srl si considererà come fatta all'Assicuratore;
- 4) ogni comunicazione fatta da One Underwriting Srl si considererà come fatta dall'assicuratore.

Articolo 22 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

Per l'interpretazione della presente Polizza e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Articolo 23 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Limitatamente agli Assicurati con una polizza in scadenza sotto la CAA B087519U02F5002 e B087520U02F5002, a parziale deroga dell'art. 1901 del C.C., le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto nei 60 giorni successivi alla data di decorrenza.

Appendice A)**ESTENSIONE CONTINUITA' COPERTURA**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto 1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

- a) alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza;
- b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti in Polizza.
- c) l'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente Polizza, dalla data di cui al punto a);
- d) l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Proposta non siano dovuti a dolo.

Appendice B)

ESTENSIONE PER IL PERSONALE NON PIU' IN ATTIVITA'

1) La presente appendice è da intendersi valida e operante esclusivamente per i soggetti che rientrano nella definizione

di Assicurato/Contraente di seguito riportata:

“In deroga a quanto disposto nell’Art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Assicurato/Contraente, si deve intendere unicamente l’Esercente la professione sanitaria che abbia svolto una delle Attività Professionali, e che abbia svolto la propria attività in qualità di dipendente o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, e che la cessazione dell’attività sia già avvenuta al momento della data di decorrenza della presente polizza”

La cessazione dell’attività professionale può essere avvenuta per qualsiasi causa, compresa la libera scelta.

2) A parziale deroga dell’art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Periodo di Efficacia si intende il periodo entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di cessazione dell’Attività Professionale.

3) Se ricorrono le condizioni di cui al punto 1) l’Art. 9 Estensione dell’assicurazione in caso di cessazione dell’attività professionale – protezione di eredi e tutori, deve intendersi abrogato.

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza e, agli effetti dell’artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara:

1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l’Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;


2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa Polizza:

Articolo 1	Dichiarazioni dell’Assicurato
Articolo 2	Reticenze e dichiarazioni inesatte
Articolo 4	Forma dell’assicurazione (“Claims made”) – Retroattività
Articolo 6	Limiti territoriali
Articolo 7	Esclusioni
Articolo 10	Conclusione e durata dell’Assicurazione
Articolo 12	Variazioni del rischio
Articolo 13	Modalità del rinnovo
Articolo 14	Condizione risolutiva del contratto di Assicurazione
Articolo 16	Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio
Articolo 17	Obblighi dell’Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 18	Spese legali e gestione delle vertenze
Articolo 21	Clausola Broker
Articolo 23	Pagamento del Premio

DICHIARAZIONE DI COASSICURAZIONE

Il presente contratto assicurativo costituisce prova di copertura del 100% del rischio descritto nella Scheda. Gli assicuratori del contratto assicurativo sono indicati nella tabella sottostante.

Nome e indirizzo della Delegataria	Quota
Lloyd's Insurance Company S.A. Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio.	55,29%

Nome e Indirizzo della(e) Coassicuratrice(i)	Quota	Firma
ALLIED WORLD ASSURANCE COMPANY (EUROPE) LIMITED (Codice IVASS 10592 - N.Iscriz. II.00343) 3rd Floor, Georges Quay Plaza, Georges Quay, Dublino, Irlanda	44,71%	
TOTALE	100%	

Ripartizione dell'assicurazione e delega

L'Assicurazione è ripartita per quote tra le Società (coassicuratrice e Delegataria) indicate nel Contratto di Assicurazione. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti con la Delegataria. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle concernenti il recesso o alla disdetta e alla gestione dei sinistri, s'intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. Le Società Coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento sarà effettuato dal Contraente per intero alla Delegataria. Ogni modificazione del Contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Società solo dopo la firma dell'atto relativo.

Le Società Coassicuratrici danno atto che gli atti interruttivi della prescrizione notificati alla Delegataria sono efficaci anche nei propri confronti.

Resta convenuto che qualsiasi comunicazione effettuata dal Broker all'Assicuratore delegatario s'intenderà come fatta dall'Assicurato (contraente) e ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore al Broker s'intenderà fatta all'Assicurato (contraente)

Dichiarazione di responsabilità disgiunta

Gli obblighi degli assicuratori sottoscrittenti ai sensi dei contratti d'assicurazione da essi sottoscritti sono disgiunti e non solidali e si limitano esclusivamente all'entità delle loro singole sottoscrizioni. Gli assicuratori sottoscrittenti non sono responsabili della sottoscrizione di qualsivoglia altro coassicuratore sottoscrittente che, per qualunque ragione, non ottemperi ai propri obblighi, in tutto o in parte.

RIFERIMENTI INTERNI

5355	13,53
5311	17,51
5361	40,03
5328	28,93

COVERHOLDER

Denominazione Legale	One Underwriting S.r.l
Indirizzo, Codice Postale e Città	Via Calindri 6, 20143, Milano, MI
Numero di telefono	02-45434617
Indirizzo e-mail	binder.office@oneunderwriting.it
Numero di registrazione IVASS	RUI Sezione A 000485912