

SET INFORMATIVO

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

Versione n. 1_21

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 dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Aderente/Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Aderente/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 Adesione e nel Certificato di Adesione, 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 dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile 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 nel Certificato di Assicurazione.
- ! 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 fruiscano 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 ha l'obbligo di:

- Accedere all'apposita piattaforma web e far pervenire al Broker il Modulo di Adesione 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 Adesione entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Adesione 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 Adesione;
 - B) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Adesione;
 - C) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Adesione;
 - 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 Adesione, 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 ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

- Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifici 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'Aderente/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.



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 Adesione



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento e cessa alla di scadenza della Polizza/Convenzione.

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 del suddetto Certificato di Assicurazione.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.



Come posso disdire la polizza?

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: quarta 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.lloydseurope.com
E-mail: LloydsEurope.Info@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 patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 300,4 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 153,4 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 161%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 38,4 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 228,5 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su <https://lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/>.

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 Circostanza.

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>L'Assicurato ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento alla sottoscrizione del Certificato di Assicurazione, 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 l'Assicurato 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 presso strutture private;
- 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/Professioni di interesse sanitario.

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 dell'intera filiera, fino ad un massimo del 30% 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: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com lloydseurope.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 dalla 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	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)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.

Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	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.
--	---

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'ADERENTE/ASSICURATO

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

1.1 di esercitare una delle professioni sanitarie indicate nel Modulo di Adesione 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'Aderente/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 Adesione.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Aderente/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 Adesione.

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/Convenzione e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori	Come da Dichiarazione di Coassicurazione
Aderente/Assicurato	L'esercente la professione sanitaria o la professione di interesse sanitario che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Adesione, 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/Convenzione agli Aderenti/Assicurati.

Attività Professionale	<p>L'attività medico-sanitaria svolta dall'Aderente/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>
Broker	<p>l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza/Convenzione, indicato nella Scheda di Copertura.</p>
Certificato di Assicurazione	<p>il documento emesso dagli Assicuratori a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente/Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente/Assicurato, le date di effetto e di scadenza del Periodo di Assicurazione, il massimale ed il premio con le relative imposte governative.</p>
Comportamento Colposo	<p>il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.</p>
Comunicazione Formale	<p>la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Aderente/Assicurato</p>
Contraente della Polizza/Convenzione	<p>la persona giuridica che contrae la Polizza/Convenzione a favore degli Aderenti/Assicurati.</p>
Fatti e/o Circostanze	<p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Aderente/Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Aderente/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'Aderente/Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che all'U.R.P. - Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;
- il ricevimento da parte dell'Aderente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.

Danno	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.
Danno Erariale	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.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza/Convenzione
Loss Adjuster	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri
Massimale	la somma massima, indicata nel Certificato di Assicurazione, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare per ogni Aderente/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 Adesione	il Modulo con il quale il Contraente/Aderente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza/Convenzione 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 nel Certificato di Assicurazione, 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	<p>il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nel Certificato di Assicurazione, 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).</p>
Polizza/Convenzione	<p>il presente documento che disciplina i rapporti assicurativi tra Assicuratori, Contraente e Aderenti/Assicurati, e che unitamente alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.</p>
Premio	<p>la somma dovuta dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori.</p>
Responsabilità amministrativa	<p>la responsabilità gravante sull'Aderente/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.</p>
Responsabilità amministrativo-contabile	<p>la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Aderente/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.</p>
Richiesta di Risarcimento	<p>Il primo tra:</p> <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'Aderente/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/Convenzione, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente della Polizza Convenzione, le date di effetto e di scadenza della Polizza/Convenzione
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'Aderente/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'Aderente/Assicurato, compresi i pazienti. Non sono considerati terzi <ul style="list-style-type: none"> • il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato in relazione a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze manifestatisi per la prima volta all'Aderente/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'Aderente/Assicurato ha svolto in passato una o più attività previste tra quelle indicate nel Modulo di Adesione, ma diverse da quella che svolge attualmente e che è dichiarata nel Modulo di Adesione, la Retroattività è pienamente efficace anche per dette attività.

La data di retroattività corrisponde al giorno indicato nel Certificato di Assicurazione 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 dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile 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'Aderente/Assicurato, indicate nel Modulo di Adesione, 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 Aderenti/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'Aderente/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 nel Certificato di Assicurazione.

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'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato;
- h) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Aderente/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'Aderente/Assicurato;
- o) conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- p) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- q) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Aderente/Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Aderente/Assicurato esercita la professione.
- r) In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta 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'Aderente/Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Aderente/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'Aderente/Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nel Certificato di Assicurazione, 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 nel Certificato di Assicurazione, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

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

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Aderente/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 Adesione (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 nel Certificato di Assicurazione.

Articolo 11 RECESSO PER RIPENSAMENTO

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

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

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

Per poter usufruire del "diritto di ripensamento" l'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/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/Convenzione ed i singoli Certificati di Assicurazione non sono soggetti a tacito rinnovo e cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

Articolo 14 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Adesione 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 Adesione entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Adesione 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 del Certificato di Assicurazione:

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

Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Aderente/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'Aderente/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'ADERENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Aderente/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 trasmesso la prima denuncia.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Aderente/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'Aderente/Assicurato designando, ove occorra, legali e/o tecnici e/o consulenti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Aderente/Assicurato stesso.

Sono a carico degli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Aderente/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/CONVENZIONE E/O DEI CERTIFICATI DI ASSICURAZIONE

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione della Polizza/Convenzione e/o dei Certificati di Assicurazione deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e/o dall'Aderente/Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 21 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

- 1) il Contraente/Aderente/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/Aderente/Assicurato;
- 2) ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Aderente/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/Convenzione 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'Aderente/Assicurato.

Articolo 23 MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA/CONVENZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento e cessa alla data di scadenza della Polizza/Convenzione.

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 del suddetto Certificato di Assicurazione.

Se l'Aderente/Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.

Di comune accordo tra le parti si precisa che per le adesioni in corso d'anno il premio verrà calcolato come indicato in Scheda di copertura.

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/Convenzione, a tenere indenne l'Aderente/Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza del Certificato di Assicurazione, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Aderente/Assicurato prima della decorrenza del Certificato di Assicurazione, a condizione che:

a) alla data in cui per la prima volta l'Aderente/Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Aderente/Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza/Convenzione;

b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Aderente/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/Convenzione.

c) l'Aderente/Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con il Certificato di Assicurazione, 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'Aderente/Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Adesione 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 Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza/Convenzione 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’Aderente/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/Convenzione:

Articolo 1	Dichiarazioni dell’Aderente/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’Aderente/Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 18	Spese legali e gestione delle vertenze
Articolo 21	Clausola Broker
Articolo 23	Pagamento del Premio