

Assicurazione della responsabilità civile colpa grave

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di Lloyd's Insurance Company S.A. (NWL 5320) registrato in Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzato dalla 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?

Lo scopo della copertura è quello di tenere indenne l'Assicurato nei casi in cui venga accertata una sua responsabilità per colpa grave da parte della Corte dei Conti, in conseguenza di danni a persone o cose



Che cosa è assicurato?

La polizza tiene indenne l'assicurato di ogni somma che sia tenuto a pagare nel caso di:

- ✓ Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria (compreso danno d'immagine) qualora sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti
- ✓ Azione di surrogazione esperita dall'Assicuratore dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'assicurato sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti
- ✓ Responsabilità civile per danni derivanti da interventi di primo soccorso svolti per motivi deontologici

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made": si attiva per le richieste di risarcimento notificate all'assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e siano conseguenza di fatti colposi errori od omissioni commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività convenuta

- ✓ Le suddette garanzie si intendono prestate anche ove l'attività dell'assicurato venga svolta in regime di *intramoenia*

E' possibile personalizzare le coperture in base alle proprie esigenze: per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al DIP Aggiuntivo. Gli assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza, il cosiddetto massimale.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le richieste di risarcimento connesse a fatti o circostanze che fossero già note prima della data di inizio del periodo di assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori
- ✗ Sinistri relativi a fatti dannosi o comportamenti colposi posti in essere prima della retroattività stabilita nella scheda di copertura
- ✗ Sinistri connessi a qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del SSN, fatti salvi i casi di intramoenia e primo soccorso per motivi deontologici
- ✗ Richieste di risarcimento originate da danni patrimoniali
- ✗ Sinistri denunciati agli assicuratori dopo la scadenza del periodo di assicurazione, salvo una tolleranza di 10 giorni
- ✗ Richieste di risarcimento attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo
- ✗ Esclusione di PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, prodotti correlati e prodotti chimici



Ci sono limiti di copertura?

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di risarcimento:

- ! riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- ! riconducibili a fatti dannosi accaduti o 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;
- ! in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 9;
- ! per danni imputabili all'assenza del consenso informato;
- ! per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- ! basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ! derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- ! relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e 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);
- ! relative 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;
- ! relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- ! 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;
- ! conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

- ! causate direttamente o indirettamente da radiazioni ionizzanti o da contaminazione dovuta alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte dalla combustione di tali combustibili;
- ! causate direttamente o indirettamente dalle proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque composto nucleare esplodente o da un suo qualsiasi componente nucleare;
- ! 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;
- ! derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- ! che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.
- ! Derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.
- ! Che siano presentate nei confronti di qualsiasi Assicurato in qualsiasi modo riconducibili a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti d'America), a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: Cuba, Iran, Corea del Nord, Myanmar, Sudan, Libia e Siria. E' condizione della presente assicurazione – condizione che s'intende accettata dall'assicurato – che l'erogazione di coperture assicurative, il pagamento di richieste d'indennizzo e la fornitura di prestazioni derivanti dalle coperture stesse, siano sospesi nella misura in cui l'erogazione di tali coperture, il pagamento di tali richieste d'indennizzo e la fornitura di tali prestazioni da parte dell'assicuratore espongano il medesimo assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni ai sensi di qualsivoglia: **a)** risoluzione/i delle Nazioni Unite o **b)** sanzione commerciale o economica, legge e/o regolamento dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America. Tale sospensione rimarrà in essere fino a quando non sia cessata l'esposizione dell'assicuratore a tali sanzioni, divieti o restrizioni.
- ! Derivanti da eventi nei quali i terzi danneggiati siano il coniuge o convivente o i genitori o i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui conviva, o siano altresì i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; fatto salvo il caso in cui questi ultimi prestatori fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.
- ! Esclusione di PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, prodotti correlati e prodotti chimici.

Si segnala che ove esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire la stessa responsabilità, o gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili. 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 vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.



Che obblighi ho?

- All'atto della prima sottoscrizione del contratto e comunque ove richiesto l'Assicurato/o il Contraente ha l'obbligo compilare firmare e datare il modulo di proposta riportando in esso informazioni veritiere, esatte e complete in riferimento al rischio da assicurare.
- Dare tempestiva comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio. Si precisa che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia fino alla naturale scadenza del certificato di polizza.
- denunciare, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa formale messa in mora da parte dell'Azienda o Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.



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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Periodo di Assicurazione ha decorrenza e scadenza alle ore 24 dei giorni indicati nella Scheda di Copertura purché l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio ed abbia recapitato il modulo di proposta (ove previsto) debitamente compilato firmato e datato entro i termini previsti dal contratto.



Come posso disdire la polizza?

La polizza cessa alla sua naturale scadenza indicata nella scheda di copertura e non prevede obbligo di disdetta, nonessendo presente il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Polizza di assicurazione della responsabilità civile “colpa grave”

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

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
 Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Mithras Underwriting Europe S.r.l. – ITALIAN BRANCH
 Prodotto: RC “colpa grave” del personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
 Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: LBS0010G
 Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 10/06/2024
 Il presente DIP Aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata.

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 (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. I.00151) ed in Libera Prestazione di Servizi (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. II.01526). La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia, con cui sarà concluso il contratto, è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

Sito web: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Alla fine del 2023, il capitale sociale ordinario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 558 milioni. Inoltre, attraverso il rilascio di una lettera di credito sono stati resi disponibili ulteriori fondi propri per 200 milioni di EUR. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 322 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 710 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 221%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 80 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 549 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2023 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

VEDI DIP

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Massimale a scelta	E' possibile scegliere a seconda delle convenzioni proposte tra più massimali di copertura, corrispondendo un premio calcolato proporzionalmente.
Retroattività illimitata	Il periodo di retroattività base previsto dalla polizza è di 10 anni dalla data di decorrenza del certificato. E' possibile estenderlo illimitatamente corrispondendo un sovrappremio.

Estensione ultrattiva (postuma)	I già assicurati che abbiano cessato ogni attività assicurabile ai sensi di polizza hanno facoltà di attivare l'estensione postuma decennale. Il premio da corrispondere per attivare tale garanzia è pari a cinque volte il premio normalmente previsto per il lavoratore attivo nella categoria di appartenenza, qualora l'assicurato abbia stipulato il presente contratto per almeno un'annualità; il premio è invece pari a tre volte, qualora l'assicurato abbia stipulato il presente contratto per almeno due annualità.
--	--



Che cosa NON è assicurato?

VEDI DIP



Ci sono limiti di copertura?

VEDI DIP



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: denunciare le richieste di risarcimento e le circostanze di sinistro entro 30 giorni dall'avvenuta notifica al coverholder dei Lloyd's <i>Mithras Underwriting Europe S.r.l. – ITALIAN BRANCH, sede legale: Broekstraat/Rue du Marais 49-53, b6 1000 Brussels, Belgium / sede operativa: Via Caradosso, 6 – 20123 MILANO (MI).</i> Alla denuncia devono essere allegati il certificato di copertura e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti. Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 C.C., il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (artt. 1892 e 1893 C.C.). In tal senso, <u>rivestono particolare importanza le dichiarazioni relative ai fatti già noti effettuate/omesse all'atto della compilazione del modulo di proposta e quelle relative alla/e mansione/i dichiarata/e e relativi enti di appartenenza.</u>
Obblighi dell'impresa	Il pagamento dell'indennizzo è eseguito entro 60 giorni dalla data in cui la Compagnia, ricevuta ogni informazione, documento o perizia necessaria per verificare l'operatività della garanzia, riceve quietanza firmata.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio concordato in fase di proposta deve essere corrisposto entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura richiesta. Qualora tale termine fosse superato, la copertura decorrerà dal giorno del pagamento. Il premio va pagato al coverholder/broker di riferimento. Tutti i premi formulati in fase di proposta sono comprensivi di imposte. Il prodotto prevede pagamento in un'unica soluzione e non prevede il tacito rinnovo. Per coperture inferiori all'anno si conviene di calcolare il premio in ragione di 1/365 per ogni giorno di garanzia goduto, con un minimo assoluto di premio pari a 180 giorni di garanzia.
---------------	---



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza viene emessa per la durata massima di un anno, è attivabile in ogni momento dell'anno con decorrenza proposta dall'assicurato. La polizza cessa a naturale scadenza, non essendo previsto il tacito rinnovo. L'assicurato che non abbia sinistri in corso e per il quale non sia mutato il rischio dichiarato nel modulo di proposta, ha facoltà di rinnovarla senza soluzione di continuità entro 30 giorni dalla scadenza, senza dover compilare nuovamente il modulo di proposta. Qualora, in corso di copertura, si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o in diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data. Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non assicurabile con la presente Assicurazione, la copertura non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'attività assicurata già oggetto di copertura.
Sospensione	Non è prevista la facoltà di sospensione della polizza.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contraente ha diritto di recedere entro 14 giorni dalla conferma di attivazione della copertura, avendo diritto al rimborso del premio, al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. La richiesta va formulata in forma scritta e fatta pervenire al coverholder personalmente, od attraverso il broker, ove designato.
Risoluzione	Il diritto di recesso di cui sopra è esercitabile nei tempi previsti senza necessità di causale. Non sono previsti altri particolari casi di risoluzione.



A chi è rivolto questo prodotto?

A tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, ivi compresi gli ospedali, le università, gli istituti, le cliniche, o altri stabilimenti sanitari facenti capo al sistema sanitario pubblico e le strutture accreditate e/o convenzionate con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati, se soggetti alla giurisdizione della Corte dei Conti.

Non è rivolto a chi svolge attività libero professionale pura o abbia un rapporto contrattuale con una struttura che non preveda le tutele garantite dall'azienda al personale della struttura (es. alcuni tipi di volontari; collaborazioni professionali esterne).



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione. La quota parte del premio (al netto delle imposte) percepita in media dagli intermediari è pari al 25%. Il dato è calcolato sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio dell'impresa di assicurazione per il quale è stato approvato il bilancio.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi, 86 – 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com oppure lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito per iscritto all'assicurato entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di alcuna risposta in merito entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà diritto di inoltrare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti: 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 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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 alternativi 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 ASSICURAZIONE

La presente polizza convenzione è prestata nella forma “claims made”, ciò significa che la polizza copre sinistri notificati dall’Assicurato agli Assicuratori per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO

Con la firma di questo Certificato l’Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l’attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l’Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell’ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria pubblica indicata nell’annessa Scheda di Copertura;
- 1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la struttura sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l’attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura della Responsabilità Civile dell’Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.
- 1.4 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l’obbligo assicurativo ricade sulla Azienda di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all’uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali e aziendali.

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 protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell’assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

Articolo 3 DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questo Certificato e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Contraente	L’Assicurato
Assicurato	Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere e Universitarie)
Assicuratori	Lloyd’s Insurance Company S. A.
Attacco Informatico	Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l’accesso, l’elaborazione, l’uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico

Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura
Corrispondente dei Lloyd's	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità
Struttura sanitaria pubblica	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico e le strutture accreditate e/o convenzionate con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati, se soggetti alla giurisdizione della Corte dei Conti
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali
Incidente Informatico	Qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare 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 delle persone danneggiate
Massimale per anno	la massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.
Massimale per sinistro	l'importo massimo risarcibile per ogni sinistro o sinistro in serie. Una volta esauritosi, tale importo verrà reintegrato dal massimale in aggregato fino a completa erosione dello stesso.
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto
Periodo di Efficacia	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione
Periodo di Efficacia	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione
Circostanza di sinistro	la Comunicazione formale con la quale la Struttura

Sanitaria pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24);
la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24);
l'inchiesta giudiziaria penale promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione e precisamente:
- l'avviso di garanzia notificato all'Assicurato;
- accertamento tecnico non ripetibile notificato all'Assicurato

Richiesta di risarcimento

l'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per Colpa Grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione

La comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo

Sinistro

la richiesta di risarcimento sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Sistema Informatico

Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte

Loss Adjuster

il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione

Certificato

documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione

Modulo e Scheda di Copertura

i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo

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

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purchè siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il

Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano gli articoli 10.1 e 18).*

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo 4 precedente e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria qualora l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza della Corte dei Conti a titolo di danno all'immagine dell'Ente e della Pubblica Amministrazione in genere;
- azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria pubblica indicata nella Scheda di Copertura, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 6 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti. Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di direttore presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Articolo 7 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Le comunicazioni con cui l'Azienda o la Società di Assicurazione mette in mora l'Assicurato non comporta l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 18 della presente polizza.

Articolo 8 NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”

Il termine “terzo” o “terzi” sta a significare ogni persona diversa dall’Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell’Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Articolo 9 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell’ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d’America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E’ tuttavia condizione essenziale per l’operatività dell’assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall’Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall’Italia.

Articolo 10 ESCLUSIONI

10.1 Premesso che questa è un’assicurazione **nella forma “claims made”**, quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi :

- a) i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all’articolo 18 che segue;
- b) le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell’Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all’Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano fatti e circostanze note: l’aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l’aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell’Azienda di appartenenza o dal suo Assicuratore; l’essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all’Assicurato;
- c) i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

10.2 Sono escluse dall’assicurazione le richieste di risarcimento:

- 10.2.1 riconducibili ad attività non rientranti nell’ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all’attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici;
- 10.2.2 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall’Assicurato con dolo;
- 10.2.3 riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 10.2.4 in relazione a fatti dannosi accaduti o 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;
- 10.2.5 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all’articolo 9;
- 10.2.6 per danni che siano imputabili all’assenza del consenso informato;
- 10.2.7 per danni derivanti dall’impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall’Assicurato;
- 10.2.8 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica

- all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 10.2.9 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 10.2.10 relative ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e 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);
- 10.2.11 relative a danni alle cose mobili ed immobili che l'Assicurato abbia in consegna o in custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- 10.2.12 relative a perdite o danni da furto o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10.2.13 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;
- 10.2.14 conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- 10.2.15 conseguenti a radiazioni ionizzanti o a contaminazioni dovute alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte dalla combustione di tali combustibili;
- 10.2.16 conseguenti a proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque composto nucleare esplodente o ad un suo qualsiasi componente nucleare.
- 10.2.17 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;
- 10.2.18 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;
- 10.2.19 derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché derivanti da incidenti dovuti ad ordigni di guerra;
- 10.2.20 derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.21 che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- 10.2.22 che siano presentate nei confronti di qualsiasi Assicurato in qualsiasi modo riconducibili a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti d'America), a mero titolo esemplificativo e non esaustivo; Cuba, Iran, Corea del Nord, Myanmar, Sudan, Libia e Siria.
E' condizione della presente assicurazione – condizione che s'intende accettata dall'assicurato – che l'erogazione di coperture assicurative, il pagamento di richieste d'indennizzo e la fornitura di prestazioni derivanti dalle coperture stesse, siano sospesi nella misura in cui l'erogazione di tali coperture, il pagamento di tali richieste d'indennizzo e la fornitura di tali prestazioni da parte dell'assicuratore esponga il medesimo assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni ai sensi di qualsivoglia: **a)** risoluzione/i delle Nazioni Unite o **b)** sanzione commerciale o economica, legge e/o regolamento dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America. Tale sospensione rimarrà in essere fino a quando non sia cessata l'esposizione dell'assicuratore a tali sanzioni, divieti o restrizioni.
- 10.2.23 Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:

(1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluorottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;

(2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Articolo 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 12 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Ai sensi della Legge 24 dell'8 Marzo 2017 se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza/ Convenzione è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare , previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 500% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno un'annualità oppure il 300% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno due annualità , la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Il massimale in aggregato è da intendersi per l'intera durata decennale.

Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Valgono le modalità previste dall'articolo 1 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o in diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non assicurabile con la presente Assicurazione, la copertura non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'attività assicurata già oggetto di copertura.

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il 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 entro 15 giorni, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo. Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, 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.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 MODALITA' DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE: RESCINDIBILITA' ANNUALE

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

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 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Ferme restando le definizioni di polizza “Richiesta di risarcimento” e “Circostanza di sinistro”, è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La notifica di una “Circostanza di sinistro” sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la richiesta di risarcimento che scaturisse da quella circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

Si precisa tuttavia che la “Circostanza di sinistro” non comporterà l'obbligo degli Assicuratori di nominare / approvare legali e/o periti fino a quando una “Richiesta di risarcimento” come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.

In particolare, l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promossa contro l'Assicurato, attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare, ma le spese legali e dei periti nominati dagli indagati / imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Coverholder.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione 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 devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'art. 17 in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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 19 CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEL TERRORISMO

A parziale deroga di eventuali disposizioni contrastanti contenute nella presente polizza o in qualsiasi appendice, resta convenuto che la presente assicurazione esclude le perdite, i danni, i costi e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti a, qualsiasi fatto di terrorismo indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che ne contribuisce contestualmente o in qualsiasi sequenza con riferimento al sinistro.

Ai fini della presente clausola, s'intende atto di terrorismo un fatto che comprende ma che non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia di queste da parte di qualsiasi persona o gruppo (i) di persone, sia che agiscano individualmente sia che agiscano per conto di o in connessione con qualsiasi organizzazione o governo o commesso con finalità politiche, religiose, ideologiche o simili scopi ivi compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o incutere timore nella popolazione o in qualsiasi settore di questa.

Sono inoltre escluse la perdita, il danno, il costo o le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da o conseguente a qualsiasi azione intrapresa per il controllo, la prevenzione o la repressione di qualsiasi fatto di terrorismo relativo a questo.

Nel caso in cui gli Assicuratori affermassero che in virtù della presente esclusione, una eventuale perdita, danno, costo o spesa non fosse coperto, l'onere della prova del contrario sarà a carico dell'Assicurato.

Nel caso che una parte qualsiasi della presente clausola risultasse non valida o non eseguibile, quanto resta di valido avrà piena validità ed effetto.

Articolo 20 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. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia per il tramite del broker.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione del presente Certificato l'Assicurato conferisce al Broker o Agente di Assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al Corrispondente dei Lloyd's indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

- Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dal Broker o Agente di Assicurazioni al Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dagli Assicuratori;
- Ogni comunicazione fatta al Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta agli Assicuratori.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolate dall'articolo 18 che resta invariato e confermato.

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Corrispondente dei Lloyd's.

Articolo 23 NORME DI LEGGE

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

Articolo 24 MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA CONVENZIONE

Per l'adesione alla presente convenzione è previsto che ciascun assicurato provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto come segue:

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nel certificato purché l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio ed abbia correttamente completato l'adesione nei termini dovuti.

Ciascun contraente dovrà compilare in tutte le sue parti e sottoscrivere il Modulo d'Adesione ed inviarlo entro 15 giorni dalla data di adesione, al Coverholder dei Lloyd's, a mezzo fax o e-mail (numero di fax ed e-mail indicato nella lettera accompagnatoria disponibile on line), e corrispondere il premio dovuto entro il medesimo termine.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione, di non essere a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma del Modulo, suscettibili di poter cagionare un sinistro e di quant'altro richiesto al punto C) e D) del Modulo stesso.

In caso di mancato invio del Modulo di Adesione o in caso di invio del Modulo di Adesione non debitamente compilato in ogni sua parte e/o firmato, l'assicurazione non è operante ed il premio, qualora pagato, verrà restituito. Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Convenzione, l'assicurando dichiara di essere a conoscenza di uno o più fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento, l'assicurazione non è operante a meno che l'Assicuratore non decida altrimenti con conferma scritta di copertura.

In caso di rinnovo alle medesime condizioni in corso, non sarà necessario compilare nuovamente il modulo di adesione.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 30 giorni dalla data di scadenza della precedente annualità.

Si precisa inoltre che, in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza, l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione, il rischio si intende automaticamente in garanzia.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio. Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

Articolo 25 PREMIO

Il premio annuo procapite per ogni annualità è quello calcolato in fase di adesione dal sistema informatico in base alla qualifica e comprende le imposte governative.

Articolo 26 ESCLUSIONE ATTACCO INFORMATICO – INCIDENTE INFORMATICO

E' esclusa e non coperta dall'oggetto della presente polizza qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.

L'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza/Convenzione e, agli effetti dell'articolo 1341 e 1342 Codice Civile, dichiara :

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di risarcimento 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 della Polizza/Convenzione:

Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato

Articolo 4 Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)

Articolo 10 Esclusioni

Articolo 16 Modalità della proroga automatica dell'assicurazione: rescindibilità annuale

Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)

Articolo 18 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Articolo 22 Clausola Broker

Articolo 24 Modalità di adesione alla Polizza Convenzione

.....

Data

.....

Il Contraente / Assicurato

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto la documentazione pre-contrattuale costituita da:

- a) Documento Informativo Precontrattuale
- b) Condizioni di Assicurazione;
- c) Questionario comprensivo di glossario e modulo di proposta.

.....

Data

.....

Il Contraente / Assicurato