

# CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Impresa che realizza il prodotto: Lloyd's Insurance Company S.A.

Prodotto: *RC Professionale dell'operatore sanitario medico e non medico di strutture sanitarie/sociosanitarie pubbliche e private*

Documento predisposto a cura di Lloyd's Insurance Company S.A. registrato in Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050, Bruxelles, Belgio. Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata 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?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi a seguito di inadempienza dei doveri professionali nello svolgimento dell'Attività Professionale assicurata.



### Che cosa è assicurato?

- ✓ Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare per danni a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a seguito di inadempienza ai doveri professionali causata da fatto colposo (grave), da errore o da omissione, involontariamente commessi nell'esercizio dell'attività professionale. L'assicurazione è prestata nella forma CLAIMS MADE, ovvero è operante per fatti colposi, errori od omissioni, commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura, e a condizione che la conseguente richiesta di risarcimento sia per la prima volta presentata all'Assicurato, e da questi regolarmente denunciata agli assicuratori, durante il periodo di assicurazione. Terminato tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessuna Richiesta di Risarcimento potrà essere loro denunciata.
- ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al testo di polizza.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al testo di polizza.



### 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
- ✗ L'assicurazione non tiene indenne l'Assicurato: per fatti dovuti a insolvenza o fallimento dell'Assicurato, in relazione ad attività diverse dall'attività professionale, in relazione ad attività svolte dopo che l'attività professionale dichiarata sia venuta a cessare per qualunque motivo, per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, penalità, sanzioni, per danni che si verifichino o insorgano da inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, per violazione di diritti di autore o di proprietà intellettuale. Sono altresì esclusi i danni che si verifichino e le responsabilità che insorgano da guerra o atti di terrorismo e contaminazioni radioattive o nucleari. Sono escluse le spese di giustizia penale.
- ✗ Sono esclusi i danni, le perdite, i costi e le spese di qualsiasi tipo, che siano direttamente o indirettamente causati connessi o risultanti da: (i) guerra, invasione, azione di nemici, ostilità, operazioni belliche, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, tumulti civili, potere militare, usurpazione di potere; oppure (ii) qualsiasi atto di terrorismo.
- ✗ Sono inoltre esclusi: (i) la perdita, la distruzione o il danneggiamento di qualunque cosa o bene mobile o immobile, i costi e i danni indiretti che ne conseguano; (ii) le responsabilità di qualunque tipo causati o derivanti da radiazioni ionizzanti o da contaminazione dovuta alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte da tali combustibili, dalle proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque composto nucleare esplosivo o da un suo qualsiasi componente nucleare.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al testo di polizza.



### Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

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

- ! per le richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima della data di effetto del Periodi di Assicurazione;
- ! per le richieste di risarcimento conseguenti a situazioni o circostanze note all'Assicurato alla data di effetto del Periodo di Assicurazione;
- ! per le richieste di risarcimento avanzate dalle persone non considerate "terzi";
- ! per danni derivanti direttamente o indirettamente dalla presenza di muffe tossiche non alimentari o dalla presenza o uso di amianto;
- ! per danni derivanti dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di terreni, fabbricati, animali, aeromobili, natanti, autoveicoli;
- ! per responsabilità assunte dall'assicurato con patti contrattuali, obbligazioni o garanzie;
- ! per le richieste di risarcimento che abbiamo origine nei Paesi esclusi;
- ! per atti o fatti commessi prima della data di retroattività.
- ! sono inoltre escluse le spese incontrate dall'Assicurato per legali o periti o consulenti che non siano designati o approvati dagli Assicurati.

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

Esclusioni aggiuntive:

Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al testo di polizza.



### Dove vale la copertura?

La copertura vale per le richieste di risarcimento ovunque nel mondo, con esclusione degli USA, del Canada, delle Isole Vergini e dei territori sotto la giurisdizione degli stessi. 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



### Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nel corso del contratto l'Assicurato e/o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.



### Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è definito dalla normativa vigente al momento dell'emissione del contratto di assicurazione.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza. La polizza cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta, a meno che in scheda di copertura non sia richiamata l'operatività della clausola del tacito rinnovo.



### Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.

## Assicurazione della responsabilità civile

### 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: Non Applicabile  
Prodotto: Rc Professionale dell'operatore sanitario di strutture sanitarie pubbliche e private  
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: v. 01  
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 03/01/2022  
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 legale 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](http://www.lloydseurope.com)  
E-mail: [LloydsEurope.Info@lloyds.com](mailto: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 secondaria della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.  
E-mail: [informazioni@lloyds.com](mailto: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.

## Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

## OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

## Indicare l'opzione

Decremento Massimale al di sotto di Euro 5.000.000,00	Possibilità di ridurre il massimale da EURO 5.000.000,00 a EURO 1.500.000,00
---	--

## OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

## Indicare l'opzione

Estensione Rc Amministrativa	Inserendo la garanzia rc amministrativa viene compresa in copertura anche l'attività amministrativa gravante sull'Assicurato che abbia cagionato una perdita patrimoniale all'Ente di Appartenenza.
------------------------------	---

## Estensione retroattività a ILLIMITATA

Possibilità di estendere la retroattività fino a ILLIMITATA



## Che cosa NON è assicurato?

## Rischi esclusi

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



## Ci sono limiti di copertura?

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



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

## Cosa fare in caso di sinistro?

**Denuncia di sinistro:** In caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare l'impresa entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, con una comunicazione scritta.

**Assistenza diretta / in convenzione:** Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite ne' direttamente ne' indirettamente dall'impresa.

**Gestione da parte di altre imprese:** Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite ne' direttamente ne' indirettamente dall'impresa.

**Prescrizione:** I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	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. (Art. 1892 e 1893 del C.C.)
<b>Obblighi dell'impresa</b>	La polizza non prevede un termine entro il quale l'impresa si impegna a effettuare il risarcimento.


**Quando e come devo pagare?**

<b>Premio</b>	Il premio deve essere pagato a seguito dell'accettazione del modulo di proposta da parte del Coverholder. I metodi di pagamento disponibili sono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonifico Bancario;</li> <li>• Carta di Credito;</li> </ul>
<b>Rimborso</b>	Non è previsto il rimborso


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

<b>Durata</b>	L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza. La polizza ha durata variabile con un minimo di sei mesi e un massimo di un anno. Le polizze vengono emesse con Tacito Rinnovo.
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la sospensione del contratto


**Come posso disdire la polizza?**

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Il contraente ha 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento. Il termine decorre dal giorno di ricezione della Scheda di copertura.
<b>Risoluzione</b>	E' necessaria, da parte dell'Assicurato, una disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza per interrompere il contratto


**A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto è rivolto alle persone fisiche residenti in Italia


**Quali costi devo sostenere?**

**Costi di intermediazione** – la quota parte percepita in media dagli intermediari è il 15%

**COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?**

<b>All'impresa</b>	I reclami vanno presentati per iscritto a:
--------------------	--

<b>assicuratrice</b>	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:          Servizio Reclami          Lloyd's Insurance Company S.A.          Corso Garibaldi n. 86 - 20121 Milano (MI)          Fax: +39 02 6378 8857          E-mail: <a href="mailto:lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com">lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com</a>  <a href="mailto:Lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com">Lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com</a></p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dalla presentazione del reclamo</p>
<b>All'IVASS</b>	<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: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a></p> <p>Il sito IVASS <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p>
<p><b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).</b></p>	
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
<b>Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie</b>	<p>Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p>

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

# RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'OPERATORE SANITARIO MEDICO E NON MEDICO DI STRUTTURE SANITARIE / SOCIO- SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE

LA COPERTURA È PRESTATO NELLA FORMA  
« CLAIMS MADE »  
*Si vedano gli Articoli 2, 4.1, 15*

## INDICE

- Articolo 1: Definizioni*
- Articolo 2: Forma dell'assicurazione («claims made») - retroattività*
- Articolo 3: Oggetto dell'assicurazione*
- Articolo 4: Esclusioni*

## **Condizioni Generali**

- Articolo 5: Dichiarazioni dell'Assicurato*
- Articolo 6: Reticenze e dichiarazioni inesatte*
- Articolo 7: Limiti territoriali*
- Articolo 8: Responsabilità solidale*
- Articolo 9: Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori*
- Articolo 10: Variazione del rischio*
- Articolo 11: Pagamento del premio*
- Articolo 12: Oneri fiscali*
  
- Articolo 13: Modalità della proroga automatica dell'assicurazione*
- Articolo 14: Coesistenza di altre assicurazioni – secondo rischio*
- Articolo 15: Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro*
- Articolo 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro*
- Articolo 17: Spese legali e gestione delle vertenze*
- Articolo 18: Clausola broker*
- Articolo 19: Conclusione e durata dell'assicurazione*
- Articolo 20: Recesso per ripensamento*
- Articolo 21: Surrogazione*
- Articolo 22: Norme di legge*

## **Condizioni Aggiuntive (ciascuno degli articoli che segue è operante soltanto se espressamente richiamato nella scheda di polizza)**

- Articolo 23: Garanzia RC Amministrativa*

Le parti convengono che le definizioni che seguono sono parte integrante della presente Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante la medesima,

**ASSICURATO**

operatore sanitario medico e non medico, regolarmente iscritto all'albo, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, o il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel modulo di proposta e che svolga la propria attività a qualunque titolo, presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata.

Per la copertura circa le perdite patrimoniali, si intende anche il Direttore Generale o Amministrativo di una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica.

**ASSICURATORE**

l'impresa di assicurazione indicata nella scheda di polizza.

**ASSICURAZIONE**

la copertura assicurativa offerta dalla polizza agli assicurati.

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

l'attività di operatore sanitario svolta dall'Assicurato presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata e/o l'attività di Direttore Generale o Amministrativo di una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata.

**CERTIFICATO DI POLIZZA**

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

**CLAIMS MADE**

si veda l'Articolo 2 del testo di polizza

**COMPORAMENTO COLPOSO**

il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo o comportamento comunque dannosi, non determinati da volontà di nuocere, ma da negligenza, imprudenza, imperizia e inosservanza di leggi o regolamenti da cui scaturisce la richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze.

**COMUNICAZIONE FORMALE**

la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata inviata personalmente all'Assicurato

**CONTRAENTE**

soggetto che sottoscrive il contratto di assicurazione, regolarmente iscritto all'Albo, o il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel modulo di proposta, che sottoscrive la polizza

**COVERHOLDER**

il soggetto – persona fisica o giuridica - indicato nella scheda di polizza al quale gli Assicuratori hanno affidato la gestione del contratto di assicurazione

**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.



**INTERMEDIARIO ASSICURATIVO**

persona fisica o giuridica - indicato nella scheda di polizza, al quale il Contraente affida la gestione del rapporto con gli Assicuratori e/o con il Coverholder

**LOSS ADJUSTER**

il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri

**MASSIMALE**

la somma massima che gli Assicuratori sono 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

**MODULO DI PROPOSTA**

Documento compilato e sottoscritto dal Contraente con il quale manifesta la volontà di stipulare la polizza

**PERDITE PATRIMONIALI**

il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose

**PERIODO DI ASSICURAZIONE**

il periodo le cui decorrenza e scadenza sono stabilite nella scheda di polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente al primo periodo di assicurazione, il periodo di assicurazione stesso corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo dell'assicurazione

**PERIODO DI EFFICACIA**

il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella scheda di polizza, e la data di scadenza del periodo di assicurazione

**POLIZZA**

documento comprensivo del testo, della scheda di copertura, del modulo di proposta e della scheda di polizza che costituisce il contratto di assicurazione.

**PREMIO**

la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori

**RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA**

la responsabilità gravante sull'Assicurato che, avendo disatteso obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una perdita patrimoniale all'ente di appartenenza, ad un altro ente pubblico o, più in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato

**RETROATTIVITÀ**

si veda l'Articolo 2 del testo di polizza

**RICHIESTA DI RISARCIMENTO / CIRCOSTANZA**

quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- i. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui, e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite patrimoniali;
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, ivi comprese quelle previste ex

artt. 696 e 696bis, nonché l'azione della Corte dei conti, compreso l'invito a dedurre;

- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione
- iv. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata informa l'Assicurato che la stessa è oggetto di una richiesta di risarcimento da parte di un terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Assicurato ex art. 13 Legge 8 marzo 2017 n 24;
- v. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vi. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vii. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- viii. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico;
- ix. il ricevimento da parte del Contraente Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- x. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata informa l'Assicurato circa la volontà di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- xi. La sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, Penale o Civile;
- xii. La notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Assicurato per colpa grave;
- xiii. L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata o dal suo Assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.

**Non è considerata comunicazione formale della struttura sanitaria pubblica di appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria**

**SCHEDA DI POLIZZA**

il documento che attesta la stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo della Polizza medesima

**SINISTRO**

la Richiesta di Risarcimento / Circostanza di cui l'Assicurato venga a conoscenza per **la prima volta** nel corso del **Periodo di assicurazione**

**STRUTTURA SANITARIA / SOCIO-SANITARIA**

Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo, ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.

**TERZO**

ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia, anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni quali pazienti

**Art. 2****FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ**

L'Assicurazione è prestata nella forma «**claims made**», ossia tiene indenne l'Assicurato in relazione alle **Richieste di Risarcimento e/o Circostanze** inoltrate per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di assicurazione e dallo stesso denunciate agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di comportamenti colposi posti in essere non prima della data di retroattività convenuta data di retroattività indicata nella scheda di polizza.

Terminato il **Periodo di Assicurazione**, cessa ogni obbligo degli **Assicuratori** e, trascorsi dieci giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro può esser loro denunciato.

**Art. 3****OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nella scheda di polizza, 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. Nel caso di Azione di **Responsabilità Amministrativa** esercitata in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Nel caso di Azione di rivalsa esperita dalla **Struttura Sanitaria Privata**, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Nel caso di azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della **Struttura Sanitaria Pubblica/ Struttura Sanitaria Privata**, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La garanzia è operante per i soli **Danni** per i quali l'**Assicurato** sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza passata in giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dall'Assicuratore

L'Assicurazione è operante:

- a. per tutte le attività professionali esercitate **dall'Assicurato**, indicate nel modulo di proposta, svolte presso una **Struttura Sanitaria Pubblica/ Struttura Sanitaria Privata**.
- b. 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.
- c. 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.
- d. L'**Assicurazione** opera, infine, con riferimento alla responsabilità per danni derivanti dall'attività di telemedicina e ricerca clinica.

#### Art. 4

#### ESCLUSIONI

4.1 Premesso che l'**Assicurazione è prestata nella forma "claims made"** sono esclusi:

- a. i sinistri che siano denunciati all'**Assicuratore** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione**, salvo la tolleranza di dieci giorni dalla data di scadenza dello stesso;
- b. le **Richieste di Risarcimento / Circostanze** che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo **Periodo di Assicurazione**, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i sinistri relativi a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella scheda di polizza.

4.2 Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di **Richieste di Risarcimento / Circostanze**:

- d. riconducibili ad attività diverse dall'attività professionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana.
- e. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'**Assicurato** con dolo;
- f. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del comportamento colposo;
- g. 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;
- h. in relazione a **Richieste di Risarcimento / Circostanze** fatte valere al di fuori dei **limiti Territoriali** convenuti all'articolo 7;
- i. per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- j. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- k. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- l. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- m. derivanti da violazione del 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);
- n. 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;

- o. 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 operatore sanitario medico e non medico veterinario;
- p. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- q. 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;
- r. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- s. 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;
- t. 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;
- u. per perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale non propriamente attinenti all'attività professionale di Operatore sanitario medico e non medico, da qualunque carica le medesime funzioni siano esperite;
- v. Per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.
- w. In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcune 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

## CONDIZIONI GENERALI

**Art. 5**

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

**Con la stipulazione del presente Contratto di Assicurazione l'Assicurato conferma:**

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di operatore sanitario con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia ad esercitare le attività indicate nel modulo di proposta
- 1.2 di esercitare le predette attività, presso la struttura sanitaria o socio-sanitarie pubblica o privata di appartenenza (articolo 1);
- 1.3 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che abbiano determinato o che potrebbero determinare richieste di risarcimento e/o fatti e/o circostanze da parte di terzi, relativamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento a comportamenti colposi posti in essere anteriormente al periodo di assicurazione.

**Art. 6**

**RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere indennizzato

dall'assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Particolare rilievo assumono le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di proposta. Con riferimento a richieste di risarcimento e/o fatti e/o circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelle di cui alla relativa definizione contenuta nell'Articolo 1.

**Art. 7**

**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, esclusi gli Stati Uniti d'America, le Isole Vergini, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È limitata alle richieste e/o azioni legali promosse nel territorio italiano. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in paesi diversi dall'Italia, fatti salvi i casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di paesi stranieri.

**Art. 8**

**RESPONSABILITÀ SOLIDALE**

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

**Art. 9**

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

In caso di decesso dell'Assicurato durante il **Periodo di Assicurazione** la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali **Richieste di Risarcimento** conseguenti ad errori od omissioni commessi dall'Assicurato durante il **Periodo di Efficacia**, incluso il periodo di retroattività.

Qualora 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 d'adesione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita per ulteriori dieci (10) anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Valgono le modalità previste dall'**articolo 2 Forma dell'Assicurazione («claims made»)** – retroattività.

**Art. 10**

**VARIAZIONI DEL RISCHIO**

Qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** si verifichi una diminuzione (art. 1897 c.c.) o un aggravamento (art. 1898 c.c.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le disposizioni del Codice Civile non si applicano e l'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, come diminuito o aggravato senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori. Qualora la variazione del rischio comporti un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso diversa categoria assicurabile con la presente **Assicurazione**, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza del periodo di assicurazione, fermo restando l'obbligo di provvedere all'adeguamento del premio per il successivo periodo di assicurazione. L'Assicurato deve informare gli Assicuratori delle eventuali variazioni del rischio che comportano mutamento verso diversa categoria assicurabile, a mezzo compilazione, sottoscrizione ed invio al Broker dell'apposito modulo, entro 30 (trenta) giorni dalla data di variazione. In tal caso l'Assicurazione è operante a decorrere

dalla data di variazione del rischio; diversamente, in caso di comunicazione tardiva, l'Assicurazione è operante dalle ore 24.00 della data di ricezione della comunicazione da parte del Broker.

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

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

#### Art. 11

#### PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo **Periodo di Assicurazione** ha inizio dalle ore 00.01 del giorno indicato nella **Scheda di Polizza** se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 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 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

#### Art. 12

#### ONERI FISCALI

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

#### Art. 13

#### MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

Ove nella **Scheda di Polizza** sia stabilito che le parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella scheda di polizza, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

#### CLAUSOLA DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto s'intende automaticamente rinnovato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo periodo di assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 11.

Il rinnovo è però condizionato al ricorrere delle seguenti condizioni:

1. che alla predetta data di scadenza l'**Assicurato** non sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori, oppure di fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti in questa assicurazione;
2. che l'attività professionale dichiarata nel modulo di proposta allegato a questo certificato non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli **Assicuratori** e da questi espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora taluno dei punti 1 e 2 che precedono non corrisponda a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza e gli Assicuratori avranno diritto di confermare il rinnovo oppure di annullarlo con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato diversi termini di rinnovo del contratto. Ciascuno dei punti 1 e 2 che precedono s'intende tacitamente confermato se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (aggravamento del rischio). *(Si veda l'articolo 10).*

Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio, l'Assicurato può farne comunicazione agli Assicuratori almeno 15 giorni prima della scadenza del **Periodo di Assicurazione** e gli Assicuratori, se ricorrono le

condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, sono tenuti a ridurre il premio della proroga e rinunciano alla facoltà di recesso prevista dallo stesso articolo.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun periodo di assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata da inviare all'altra parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 16.

#### Art. 14

#### COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite patrimoniali, l'**Assicurazione** opera a secondo rischio, ossia solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il massimale indicato nella scheda di 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.

#### Art. 15

#### OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve presentare denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Corrispondente dei Lloyd's indicato nella **Scheda di Polizza**.

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.

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 1, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del **Periodo di Assicurazione** rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 2 e la voce a. dell'articolo 4.1).*

Si richiama l'articolo 14, 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.

In caso di sinistro, nei casi previsti dal CCNL di riferimento, l'Assicurato ha l'obbligo di richiedere al proprio Ente di appartenenza l'attivazione del patrocinio legale obbligatorio. Il tutto fatto salva l'operatività di polizza ed il diritto alle spese di difesa da parte dell'Assicurato stesso

#### Art. 16

#### FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli **Assicuratori** possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni salvo in caso di attivazione della garanzia postuma. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al **Periodo di Assicurazione** non goduto, esclusi gli oneri fiscali.

#### Art. 17

#### SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Sono a carico dell'Assicuratore le spese legali sostenute per assistere e difendere l'**Assicurato** in caso di **Richiesta di Risarcimento**, in aggiunta al **Massimale**, ma entro i limiti del 25% del **Massimale** medesimo. Resta comunque facoltà degli Assicuratori di assumere, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.



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

**Art. 18**

**CLAUSOLA BROKER**

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione

1. il **Contraente/Assicurato** conferisce mandato all'**Intermediario Assicurativo** di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
2. gli Assicuratori conferiscono mandato al **Coverholder** di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questa Assicurazione.

È convenuto pertanto che:

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

**Art. 19**

**CONCLUSIONE E DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurando sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il modulo di proposta (articolo 5 e 6).

Le parti concordano che le attività di:

1. Registrazione dei propri dati personali;
2. Elaborazione dell'indicazione di premio;
3. Accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di premio ed al sistema di preventivazione online.

La proposta sarà vincolante per il contraente con la sottoscrizione e restituzione del modulo di proposta agli Assicuratori.

Il contratto di assicurazione si intende concluso nel momento della ricezione da parte dell'Assicurando del certificato di polizza da parte degli Assicuratori.

Il primo Periodo di Assicurazione decorre dal giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio risulta corrisposto entro i 10 giorni lavorativi successivi alla richiesta di copertura scritta inviata agli assicuratori e termina alle ore 24 della data di scadenza inserita in polizza;

Tuttavia, se il premio risulta corrisposto successivamente ai 10 giorni lavorativi successivi alla ricezione della conferma di copertura scritta inviata dagli assicuratori, il Contratto di Assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

**Art. 20**

**RECESSO PER RIPENSAMENTO**

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

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

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

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

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento nell'ipotesi sub b), in assenza di Sinistri, e con le modalità sopra indicate, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte. In caso di Sinistro verificatosi nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio, è precluso il diritto di recesso per ripensamento

**Art. 21**

**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 / socio-sanitarie pubbliche e private**, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

**Art. 22**

**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, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

## CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(CIASCUNO DEGLI ARTICOLI CHE SEGUE È OPERANTE SOLTANTO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATO NELLA SCHEDA DI POLIZZA)

Art. 23

**GARANZIA FUNZIONE ORGANIZZATIVA/AMMINISTRATIVA**

A fronte del pagamento da parte dell'Assicurato del premio addizionale concordato, la garanzia di cui alla presente Polizza viene estesa a coprire le Richieste di Risarcimento per **perdite patrimoniali** che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale dell'Operatore sanitario medico e non medico, e pertanto l'esclusione 4.U. è da considerarsi eliminata.

Fermo ed invariato il resto

## **CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE**

Si conviene che la presente Assicurazione sarà regolata esclusivamente dal diritto e dagli usi italiani}, e le eventuali controversie insorte da, o in relazione a, la presente Assicurazione saranno soggette alla giurisdizione esclusiva di un tribunale competente italiano.

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a proprio carico in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

**Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's  
Corso Garibaldi 86  
20121 Milano**

il quale è a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della società.

Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

LBS0081  
01/12/2019

## **CLAUSOLA DI ESCLUSIONE RISCHI GUERRA E TERRORISMO**

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, Danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:

2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui gli Assicuratori eccepiscano l' accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l' onere di provare l' insussistenza di quanto deciso dagli Assicuratori graverà sull' Assicurato.

Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola

08.10.01 - NMA 2918

## TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

In conformità a quanto previsto dall' Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n° 136 del 13/08/2010 ( "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" ), la Stazione Appaltante, l' Appaltatore, il Corrispondente dei Lloyd' s e l' eventuale Ditta di Brokeraggio assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima L. 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all' Art. 3, commi 8 e 9.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell' ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti riguardanti la tracciabilità dei flussi finanziari La Stazione Appaltante, l' Appaltatore, il Corrispondente dei Lloyd' s o l' eventuale Ditta di Brokeraggio e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell' inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla L. 136/2010 deve manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, la Stazione Appaltante e/o l'Appaltatore, e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

## RECLAMI

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto

a: Ufficio Reclami

Lloyd's Insurance

Company S.A. Corso

Garibaldi 86

20121 Milano

Fax: +39 02 6378 8857

Email: [lloydsbrussels.servizioreclami@lloyds.com](mailto:lloydsbrussels.servizioreclami@lloyds.com) o [lloydsbrussels.servizioreclami@pec.lloyds.com](mailto:lloydsbrussels.servizioreclami@pec.lloyds.com)

Un riscontro scritto verrà fornito al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo. Qualora il riscontro sia considerato insoddisfacente o in caso di mancato o tardivo riscontro, è fatto diritto al reclamante di coinvolgere l' Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) utilizzando i seguenti recapiti: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) Via del Quirinale 2100187 Roma Italia

Telefono: 800 486661 (dall' Italia)

Telefono: +39 06 42021 095 (dall' estero)

Fax: +39 06 42133 745 o +39 06 42133 353

E-mail: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link: [www.ivass.it](http://www.ivass.it) In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente [www.ec.europa.eu/odr](http://www.ec.europa.eu/odr)

Le modalità di gestione dei reclami sopra descritte non pregiudicano il diritto dell' assicurato di intentare un' azione legale o una procedura alternativa per la risoluzione delle controversie in applicazione dei propri diritti contrattuali.

## **CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLE SANZIONI ECONOMICHE**

In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possano esporre i medesimi a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell' Unione Europea, Giappone, Regno Unito o degli Stati Uniti d' America

15/09/10  
LMA3100

## **ESCLUSIONE DEI RISCHI DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DEI DANNI CAGIONATI DA IMPIANTI NUCLEARI ESPLOSIVI**

Esclusione di contaminazioni radioattive e assemblaggio di esplosivi nucleari

Questa polizza non copre:

- a) Perdita o distruzione o danno di qualsiasi proprietà o perdita o spesa che risulti o derivi da quanto sopra o qualsiasi perdita che ne consegua;
- b) Qualsiasi responsabilità legale di qualsiasi natura

Direttamente o indirettamente causata da o che abbia contribuito o derivi da:

- i) Radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da carburante nucleare o da rifiuti nucleari derivanti dalla combustione di carburante nucleare
- ii) Le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre caratteristiche pericolose di qualsiasi assemblaggio di esplosivi nucleari o delle sue componenti nucleari.

04/04/68  
NMA 1622

## RESPONSABILITÀ SANITARIA - CYBER e APPROVAZIONE DEI DATI

(Allegato alle polizze di Responsabilità Sanitaria - comprese le lesioni corporali e i danni materiali - escluse le lesioni mentali)

1. Nonostante qualsiasi disposizione contraria contenuta all'interno della presente Polizza o qualsiasi appendice alla stessa, e salvo quanto previsto nel paragrafo 2 di seguito, la presente Polizza non copre alcuna perdita, danno, responsabilità, reclamo, multa, sanzione, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, risultanti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi:

1.1 Attacco Cyber o Incidente Informatico, incluso, ma non limitato a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o rimediare a qualsiasi Attacco Cyber o Incidente Informatico; o

1.2 Violazione dei Dati, inclusi costi di notifica, costi di consulenza in caso di crisi, spese di monitoraggio del credito, sostituzione di carte di credito o di pagamento, spese forensi, spese di pubbliche relazioni o consulenza e servizi legali.

2. Tuttavia, qualsiasi altro Danno Materiale o Danno alla Proprietà causati da, con il contributo di, risultanti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi Attacco Cyber, Incidente Informatico o Violazione dei Dati, sarà indennizzabile secondo i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni della Polizza.

### Definizioni

Ai fini della presente Appendice:

Danno materiale significa lesione fisica (inclusa la morte), inclusa qualsiasi malattia o disabilità derivante da tale lesione fisica. I danni materiali non includono lesioni mentali, shock, angoscia mentale, disagio emotivo o malattia mentale.

Sistema informatico indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore, incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e includendo qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, attrezzatura di rete o struttura di backup, di proprietà o gestito dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

Attacco Cyber indica un atto non autorizzato, doloso o criminale o una serie di atti correlati non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o la minaccia o l'inganno che implicano l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema informatico

Incidente informatico significa:

I. qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che comportino l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema informatico; o

II. qualsiasi indisponibilità o guasto parziale o totale o serie di indisponibilità parziali o totali di accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico.

Per Violazione Dati si intende:

I. il furto, la perdita, l'accesso, l'acquisizione o l'uso o la divulgazione non autorizzati o illeciti di informazioni riservate o personali di qualsiasi persona o organizzazione, inclusi brevetti, segreti commerciali, metodi di elaborazione, elenchi di clienti, informazioni finanziarie, informazioni su carte di credito o di pagamento, informazioni sanitarie, dati biometrici o qualsiasi altro tipo di informazioni non pubbliche che comporti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema informatico; o

II. la violazione di qualsiasi statuto, regolamento, o qualsiasi altra legge che regoli o protegga l'accesso alla raccolta, l'uso o la divulgazione o la mancata protezione di informazioni non pubbliche, riservate o personali, sotto forma di Dati elettronici.

Per Dati elettronici si intende informazioni, fatti o programmi archiviati su, creati o utilizzati su, o trasmessi a o da software per computer, inclusi sistemi e software applicativi, dischi rigidi o floppy, CD-ROM, nastri, unità, celle, dati dispositivi di elaborazione o qualsiasi altro supporto utilizzato con apparecchiature a controllo elettronico.

Per Danno alla Proprietà si intende un danno fisico a un bene materiale, inclusa la conseguente perdita di utilizzo di tale bene materiale. Tale perdita di utilizzo deve verificarsi al momento della lesione fisica che l'ha provocata. I **dati elettronici** non sono un bene materiale.

LMA5494

14 dicembre 2020

## SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE

Riguardo ai tuoi dati personali

### **Chi siamo**

La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito indicato come "Lloyd's Brussels"), identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

### **Principi fondamentali**

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all' assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge e gli obblighi degli altri nella catena assicurativa.

Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull' assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell' assicurato. In alcuni casi sarà necessario il consenso dell' assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell' assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente.

L' assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un' e-mail all' indirizzo [data.protection@lloyds.com](mailto:data.protection@lloyds.com) (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirci di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati. Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all' assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell' ambito del settore assicurativo (sia all' interno che all' esterno del Belgio e all' interno e all' esterno della UE), ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all' applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all' individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all' assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura in cui sono necessarie o consentite dalla legge. Manteniamo i dati dell'assicurato per non più del necessario nell'offrire e occuparci dell'assicurazione organizzata o per rispettare i nostri requisiti legali o normativi.

### **Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti**

Qualora l' assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

### **Servono maggiori informazioni?**

Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell' assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito <https://www.lloydsbrussels.com> ovvero in altri formati su richiesta.



### **Reclami, Contattarci e i diritti dell'assicurato**

L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre modalità di utilizzo dei dati ovvero richiedere una copia della nostra informativa completa sulla privacy, lo invitiamo a contattarci o visitare la sezione della privacy presente sul nostro sito

<https://www.lloydsbrussels.com> dove sono presenti tutti i dettagli. In alternativa a contattare l'agente o il broker assicurativo che si è occupato della polizza ai seguenti recapiti:

**Morganti Insurance Brokers Srl, Viale dante 17, 23900, Lecco**

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.

LBS0046B

11/06/2019

**Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'art. 1341 del 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 e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;**
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:**

<b>Art. 2</b>	<b>Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)</b>
<b>Art. 4</b>	<b>Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 4.1)</b>
<b>Art. 5</b>	<b>Dichiarazioni dell'Assicurato</b>
<b>Art. 11</b>	<b>Pagamento del premio</b>
<b>Art. 13</b>	<b>Modalità della proroga automatica dell'Assicurazione</b>
<b>Art. 14</b>	<b>Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio</b>
<b>Art. 15</b>	<b>Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro</b>
<b>Art. 18</b>	<b>Clausola Broker</b>

**ASSICURATO/CONTRAENTE**

**MORGANTI INSURANCE BROKERS SRL**  
**Viale Dante 17, Lecco, 23900**  
**T. 0341.287278 – F. 0341.286684**