LLOYD'S

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Prodotto: RC Professionale colpa grave 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 Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità 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.

✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al Set informativo

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 sottolimite 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

	ionizzati 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 esplodente o da un suo qualsiasi componente nucleare. Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al Set informativo

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 Assicuratori.

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

Esclusioni aggiuntive: Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al Set informativo.

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, 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.

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 Broker / Coverholder dei Lloyd's specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. I metodi di pagamento disponibili sono:

- Bonifico Bancario;
- Carta di Credito;

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 00.01 del giorno concordato ed indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Il contratto ha una durata minima di 6 mesi e 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.

Come posso disdire la polizza?

Risoluzione : La copertura prevede il tacito rinnovo, è pertanto previsto l'invio di disdetta, tramite raccomandata A/R o tramite PEC almeno 30 giorni prima della scadenza.

Ripensamento dopo la stipulazione : Il contraente ha 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento. Il termine decorre dal giorno di ricezione, da parte del contraente della Scheda di copertura.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DELL'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP Aggiuntivo Danni)

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

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: N/A
Data di realizzazione o di aggiornamento del DIP Aggiuntivo Danni: 01/2026
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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla 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; telefono: +32 (0)2 227 39 39; sito internet: www.lloydseurope.com; e-mail: lloydseurope.info@lloyds.com.
E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

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 sita in Corso Garibaldi 86, Milano 20121.
Telefono: +39 02 6378 8870
Sito internet: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home
E-mail: informazioni@lloyds.com
PEC: lloydseurope.italia@pec.lloyds.com

Con riferimento all'ultimo esercizio di bilancio approvato, il patrimonio netto ammontava a EUR 653 milioni e il risulato economico di periodo a EUR 70 milioni.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio), inteso come il rapporto tra i fondi propri e il requisito patrimoniale di solvibilità della società, è pari al 216%

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2024 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge italiana

Prodotto

Che cosa è assicurato?

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 mministrativa esercitata in conseguenza di Danni erarialinei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;

b. Nel caso di Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Pubblica/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 responsabileper 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.

E' altresì prevista la copertura in caso di CONDANNA PROVVISIONALE IN SEDE PENALE.

La garanzia è sempre operante, nei casi ed entro i limiti definiti in polizza,
CON SOTTOLIMITE PARI A €250.000

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Indicare l'opzione	
PERSONALIZZ AZIONE DEL MASSIMALE	Possibilità di scelta tra i massimali €5.000.000 €3.000.000 €1.500.000 Solo per la categoria MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA è disponibile anche il massimale pari a €750.000

MASSIMALI FINO A €5.000.000 GARANZIA RC AMMINISTRATIVA/ P ATRIMONIALE	Inserendo la garanzia rc amministrativa viene compresa in copertura anche l'attività amministrativa gravante sull'Assicurato che abbia cagionato una perdita patrimoniale
Estensione retroattività a ILLIMITATA	Possibilità di estendere la retroattività fino a ILLIMITATA, il periodo di copertura retroattivo passa da 10 anni a Illimitato.
ABROGAZIONE ESCLUSIONE 4.X	Limitatamente all'inquadramento MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA e soggetto al pagamento della relativa quota premio è possibile richiedere l'abrogazione dell'esclusione per le richieste di risarcimento/circostanze per danni derivanti dalle seguenti attività svolte in libera professione: Sostituzione MMG ,Sostituzione del pediatra di libera scelta, Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e servizio di continuità assistenziale, guardia turistica e guardia interdivisionale, collaborazione a titolo occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti. La garanzia *è da intendersi operante con massimale €1.000.000 per sinistro/€3.000.000 aggregato annuo, fermo e invariato il resto.*
ABROGAZIONE ESCLUSIONE 4.Y	Limitatamente all'inquadramento MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA e soggetto al pagamento della relativa quota premio è possibile richiedere l'abrogazione dell'esclusione per le richieste di risarcimento/circostanze per danni derivanti dalle attività svolte dal medico in formazione specialistica in libera professione extraospedaliera consentite dalla normativa vigente e successive modifiche, per le quali è richiesta la sola laurea in medicina e chirurgia. Tra le attività risultano incluse a scopo esemplificativo e non limitativo la Sostituzione MMG, sostituzione del pediatra di libera scelta, Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e servizio di continuità assistenziale, guardia turistica e guardia interdivisionale, collaborazione a titolo occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti. La garanzia *è da intendersi operante con massimale €1.000.000 per sinistro/€3.000.000 aggregato annuo, fermo e invariato il resto.*
CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE PUBBLICO	Inserendo questa garanzia rientra in copertura anche la condanna in solido con la Struttura Pubblica di appartenenza ovvero qualora l'Assicurato sia ritenuto responsabile dalla competente Autorità Giudiziaria Civile in solido con l'Ente Pubblico e/o il suo Assicuratore, gli Assicuratori risponderanno di tutte le somme dovute dall'Assicurato e manterranno ogni diritto di regresso nei confronti dell'Ente Pubblico e/o del suo Assicuratore.

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.

A chi è rivolto questo prodotto?
Il prodotto è rivolto alla persona fisica, esercente la professione sanitaria presso una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, regolarmente iscritto all'albo, domiciliato 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?	
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 o lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Arbitro Assicurativo OPPURE Diverso sistema di	Presentando ricorso: - All'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile

risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	consultare i requisti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile Oppure - Al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'art. 2, comma 3 del Decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Non sono previsti 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 liti transfrontaliere, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	La deducibilità dei costi delle assicurazioni è regolata dal Testo Unico Imposte sui Redditi (D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917). Le imposte, già incluse nel premio assicurativo proposto, sono pari al 22,25%

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://lloydseurope.com/contact/italy/tabella-delle-patologie
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del

	2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

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

Art. 1 **DEFINIZIONI**

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	Il titolare dell'interesse coperto dall'assicurazione, l'esercente la professione sanitaria.
ASSICURATORI	L'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005,n.209: Lloyd's Insurance Company S.A.
ASSICURAZIONE	la copertura assicurativa offerta dalla polizza agli assicurati.
ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
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.
BROKER DI ASSICURAZIONI	La ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO	Il medico che svolge la propria attività professionale all'interno o per conto della struttura pubblica con cui intrattiene un rapporto di lavoro dipendente e subordinato. E' assimilato al medico dipendente pubblico il medico, non alle dirette dipendenze della struttura pubblica, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti alle obbligazioni dalla stessa assunte e che presta la propria attività con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto della struttura pubblica in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto con il paziente.
MEDICO DIPENDENTE PRIVATO	Il medico che svolge la propria attività professionale all'interno o per conto della struttura privata con cui intrattiene un rapporto di lavoro dipendente e subordinato. E' assimilato al medico dipendente privato il medico, non alle dirette dipendenze della struttura privata, di cui quest'ultima si avvale per l'erogazione delle prestazioni inerenti alle obbligazioni dalla stessa assunte e che presta la propria attività con rapporto di lavoro autonomo presso e/o per conto della struttura privata in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto con il paziente.
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
COMPORTAMENTO 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
LLOYD'S COVERHOLDER	Morganti Insurance Brokers Srl.
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.
LEGGE	Legge 8 marzo 2014 n.24
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
MODULO E SCHEDA DI COPERTURA	I documenti, annessi a questo certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
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 date di 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 Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione ivi incluso il periodo di ultrattività qualora attivato dall'assicurato
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
RESPONSABILITÁ 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
RETROATTIVITÁ	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	La struttura sanitaria e/o socio-sanitaria sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi.
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 trenta 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 e Pubblica**, 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 trenta 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;
x. Per danni derivanti dalle seguenti attività svolte dal medico in formazione specialistica in libera professione: Sostituzione MMG, Sostituzione del pediatra di libera scelta, Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e servizio di continuità assistenziale, guardia turistica e guardia interdivisionale, collaborazione a titolo occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti
y. Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri derivanti dalle attività svolte dal medico in formazione specialistica in libera professione extraospedaliera consentite dalla normativa vigente e successive modifiche, per le quali è richiesta la sola laurea in medicina e chirurgia. Tra le attività risultano incluse a scopo esemplificativo e non limitativo la Sostituzione MMG, sostituzione del pediatra di libera scelta, Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e servizio di continuità assistenziale, guardia turistica e guardia interdivisionale, collaborazione a titolo occasionale agli enti e alle associazioni che, senza scopo di lucro, svolgono attività di raccolta di sangue ed emocomponenti.

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 Esercente la professione sanitaria 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, In qualità di medico dipendente pubblico o privato o medico specializzando di una struttura sanitaria pubblica o privata
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, l'assicurazione risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali

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 venga 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 sessanta 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 tradiva, 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 e termina alle ore 24.:00 del giorno di scadenza inserito nella scheda di copertura.

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 s**ia 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 30 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 30 giorni successivi alla data di cessazione del **Periodo di Assicurazione r**ende 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 fatta 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

Solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno,gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30(trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Tale articolo non si applica ai casi in ci sia stato attivato l'articolo 9" ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI".

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 c**onferisce mandato Broker di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
2. gli Assicuratori conferiscono mandato al **Coverholder d**i 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

Il Contraente ha 14(quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, per il tramite del Broker.
Il termine che precede decorre dal giorno della ricezione, da parte del Contraente, della Scheda di Copertura. Qualora il Contraente eserciti il diritto di recesso per ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del premio versato (incluse le imposte).

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.

Art. 23 CLAUSOLA BONUS MALUS

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni e con riferimento alla sinistrosità pregressa relativa agli ultimi 3 (tre) anni con l'Assicuratore, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo.

Art. 24 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web del Broker deve pervenire agli Assicuratori entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti 1), 2), 3) dell'Articolo 19.
La mancata ricezione da parte degli Assicuratori del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione di Modulo di Proposta che non soddisfi uno o piu' dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione dalla data di decorrenza della polizza:
Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta di cui ai punti 1), 2) e 3) dell'Articolo 19.
Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta
Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta
Assenza di domande inevase
Dichiarazione dell'Assicurato di NON essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze.
In caso di risoluzione dell'Assicurazione il proponente ha diritto esclusivamente alla ripetizione del premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

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

Art. 25 GARANZIA RC AMMINISTRATIVA/PATRIMONIALE

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

Art. 26 CONDANNA PROVVISIONALE IN SEDE PENALE

La presente copertura tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi in conseguenza di Danni per i quali sia stato penalmente condannato al pagamento di una provvisionale, sia nel caso in cui la statuizione avente effetti civili pronunciata dal giudice penale condanni solidalmente l'Assicurato e la Struttura pubblica quale responsabile civile nel relativo processo penale, sia nel caso in cui investa esclusivamente l'Assicurato in assenza del responsabile civile. La Garanzia è operante unicamente nel caso in cui, a fronte di tale sentenza, la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Assicurato. Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

• la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;

• la notifica all'Assicurato della costituzione di parte civile in un procedimento penale.

La garanzia è sempre operante con sottolimite pari a €250.000.

Art. 27 GARANZIA CONDANNA IN SOLIDO CON L'ENTE PUBBLICO

Qualora l'Assicurato sia ritenuto responsabile dalla competente Autorità Giudiziaria Civile in solido con l'Ente Pubblico e/o il suo Assicuratore, gli Assicuratori risponderanno di tutte le somme dovute dall'Assicurato e manterranno ogni diritto di regresso nei confronti dell'Ente Pubblico e/o del suo Assicuratore.

La presente GARANZIA AGGIUNTIVA è soggetta al pagamento da parte dell'Assicurato del premio addizionale concordato.

CLAUSOLA DI NOTIFICA DI 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.

Tutte le citazioni, notifiche o procedure che sia necessario notificare a Lloyd's Insurance Company S.A. allo scopo di istituire procedimenti legali a carico della stessa 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

La presente Clausola di notifica di atti e giurisdizione non sarà interpretata come previsione che sia in conflitto con o annulli gli obblighi delle parti in merito alla risoluzione delle proprie controversie con le modalità di cui a qualsivoglia altra clausola della presente Polizza e, nella misura richiesta, sarà applicabile al fine di dare attuazione a tale processo.

LBS0081

01/12/2019

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 disposizione 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.

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE PER ATTI DI GUERRA E TERRORISMO

Ferme restando le altre condizioni di polizza e modifiche relative, si conviene che sono escluse dal presente contratto di assicurazione perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o comunque connessi a quanto qui di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o fatti che possano avervi contribuito, contestualmente o in altro momento:

1. Guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare), o
2. Qualsiasi atto terroristico.

Ai fini di questa clausola, per atto terroristico si intende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di farvi ricorso esercitato da qualsiasi persona o gruppo/i di persone, operante/i autonomamente o per conto di o in collegamento con organizzazioni o governi, per motivi politici,

religiosi, ideologici o scopi simili, anche al fine di influenzare governi e/o spaventare la popolazione o parte di essa.

Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto indicato ai punti 1 e 2 che precedono o comunque a ciò relative. Nel caso in cui i Sottoscrittori affermino che, in base alla presente clausola di esclusione, qualsiasi perdita, danno, costo o esborso non è coperto dalla presente assicurazione, l'onere di fornire prova contraria incombe all'assicurato. L'eventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente clausola non comporterà la nullità totale della clausola stessa, che rimarrà valida ed efficace per la parte restante.

NMA2918 08/10/2001

CLAUSOLA DI SOSPENSIONE PER SANZIONI

E' condizione della presente (ri)assicurazione – condizione che s'intende accettata dal (ri)assicurato – che l'erogazione di coperture assicurative, il pagamento di richieste d'indennizzo e la fornitura di prestazioni derivanti delle 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 del (ri)assicuratore espongano il medesimo (ri)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 del (ri)assicuratore a tali sanzioni, divieti o restrizioni.
LMA3200
5 ottobre 2023

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

Informativa sulla Privacy
Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 - GDPR
Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento") ed in relazione ai dati personali che formeranno oggetto di trattamento, Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Europe") desidera informare di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

a) Valutazione di eleggibilità volta alla sottoscrizione del rischio da parte di Lloyd's Europe: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
b) Espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Lloyd's Europe è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
c) Previo Suo consenso scritto, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's Europe; la base giuridica del trattamento è il consenso.

2. **Modalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali è:

a) realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/ interconnessione; utilizzo,

   comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/ distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessi-bilità, confidenzialità, integrità, tutela;
b) Effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
c) Svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia (il cui elenco è disponibile presso il Titolare) che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di intermediazione, di assunzione dei rischi, archiviazione della documentazione assicurativa e servizi attinenti alla gestione dei sinistri, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo – periti, consulenti, liquidatori indipendenti e studi legali.

3. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società accreditate ad operare presso Lloyd's Europe le quali svolgono per nostro conto compiti collegati alla intermediazione assicurativa (agenti, broker).
Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per anti-riciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizza-zione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica in uso presso Lloyd's Europe;
c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

a) nei casi di cui al punto 3, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
b) nel caso di cui al punto 3, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. (a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assuntori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine;

società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici.
Inoltre i dati potranno essere comunicati ad enti pubblici in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Regno Unito, Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, che per conto di Lloyd's Europe effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali.
Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Europe, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com.

6. Diritti dell'interessato

Informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo all'indirizzo mail LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com si potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma

anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.
È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

7. **Titolare e responsabile della protezione dei dati**

Titolare del trattamento per Lloyd's Europe è il Rappresentante per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.
È possibile contattare il responsabile della protezione dei dati all'indirizzo mail LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com.

Consenso al trattamento dei dati personali
Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. (a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute[1];

Data _____ Firma _____

(obbligatoria)

b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1, lett. (c)

Data _____ Firma _____

(facoltativa)

(1) Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte di Lloyd's Europe di ulteriori dati particolari (a titolo esemplificativo, relativamente a dati genetici e biometrici, allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE

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 LloydsEurope.dataprotection@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.lloydseurope.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.lloydseurope.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, Lungolario Cesare Battisti 15, 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.

LBS0046C 28/01/2022

Esclusione COVID

Gli Assicuratori non risponderanno di alcuna responsabilità, perdita, costo o spesa derivante da, causato o contribuito da o in alcun modo correlato a:

a. Qualsiasi reale o presunta minaccia di:
   1. Coronavirus (COVID-19);
   2. Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
   3. Qualsiasi mutazione o variazione di a.1. o a.2. di cui sopra;

b. Qualsiasi azione intrapresa o mancata azione nel controllare, prevenire, reprimere o in qualsiasi modo nella risposta all'effettivo, presunto, timore o minaccia di uno qualsiasi degli elementi descritti da a.1. ad a.3. di cui sopra.

La presente esclusione non si applica a sinistri derivanti dallo svolgimento dell'attività professionale dell'Assicurato.

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:

Art. 2	**Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)**
Art. 4	**Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 4.1)**
Art. 5	**Dichiarazioni dell'Assicurato**
Art. 11	**Pagamento del premio**
Art. 13	**Modalità della proroga automatica dell'Assicurazione**
Art. 14	**Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio**
Art. 15	**Obblighi dell`Assicurato in caso di sinistro**
Art. 16	**Facoltà di recesso in caso di sinistro**
Art. 18	**Clausola Broker**
Art.19	**Conclusione e durata dell'assicurazione**
Art. 26	**Clausola Bonus Malus**

ASSICURATO/CONTRAENTE