

FASCICOLO INFORMATIVO

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDICIE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO**, contenente:

1. la **NOTA INFORMATIVA** comprensiva del **GLOSSARIO**
2. le **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**
3. il **MODULO DI PROPOSTA**

Deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

*Ultimo aggiornamento: **Luglio 2016***

INDICE

-NOTA INFORMATIVA	
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	3
1. Informazioni generali	3
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's	4
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	4
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	4
4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità	5
5. Aggravamento e diminuzione del rischio	5
6. Premi	5
7. Rivalse	6
8. Diritto di recesso	6
9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	6
10. Legge applicabile al contratto	6
11. Regime fiscale applicabile al contratto	6
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	6
12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	6
13. Reclami	6
14. Arbitrato	7
-GLOSSARIO	9
-CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
-MODULO DI PROPOSTA	31

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'art. 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" dal Regolamento IVASS n. 35/2010.

I termini utilizzati nella Nota Informativa assumono il significato definito nell'ambito delle condizioni di assicurazione.

* * * * *

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono alcuni membri di Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quello degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

- b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro di Lloyd's..
- c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.
- d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet di Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.com.
- e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n° I.00008 dell'elenco dell'Isvap delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, CanaryWharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 65 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2015* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad €32.934 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di €24.262 milioni, dai Bilanci dei membri di €6.274 milioni e da riserve centrali di 2.398 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni. L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2015 era il 16660%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad €4.532 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad €27 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 92 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2015*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2015:

http://www.lloyds.com/AnnualReport2015/assets/pdf/Lloyds_Annual_Report_2015.pdf

** Tasso di cambio al 31.12.2015: € 1 = £ 0,73529 (fonte: London Financial Times)

L'aggiornamento annuale delle informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link:

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds>

(art.37, Regolamento ISVAP ora IVASS n. 35/2010)

B.INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

La durata del contratto è specificata nel Certificato. Il presente contratto cesserà automaticamente alla data di scadenza indicata nel Modulo di Polizza, senza obbligo di disdetta (Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Gli Assicuratori, si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare:

1) per i danni cagionati a terzi conseguenti ad un fatto derivante da responsabilità civile inerente l'attività esercitata. L'assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno siano stati commessi da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.

2) per le richieste di risarcimento derivanti all'Assicurato relative ad infortuni subiti sul lavoro da parte degli addetti mentre lavorano per conto dello stesso.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto degli articoli 12 e 13 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:

L'assicurazione è prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia volta a coprire le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta ed indicata nella scheda di polizza

Premesso quanto sopra sono esclusi :

- a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;
- b. le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;
- d. le richieste di risarcimento connesse a fatti o circostanze che fossero già note all'Assicurato prima del periodo di Assicurazione.

e. le richieste di risarcimento riconducibili a comportamenti dolosi o ad attività abusive.

Altre cause di esclusione sono elencate agli articoli 20-21-22 delle Condizioni di Assicurazione.

CONDIZIONI DI SOSPENSIONE DELLA GARANZIA CHE POSSANO DAR LUOGO ALLA RIDUZIONE O AL MANCATO PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO:

Il mancato pagamento del premio sospende la copertura assicurativa.
Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 9 delle Condizioni di Assicurazione

AVVERTENZA:

MASSIMALE

Rappresenta la somma totale che l'Assicuratore mette a disposizione dei danneggiati per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri relativi a uno stesso Periodo di Assicurazione.

La Polizza offre copertura all'Assicurato per il massimale riportato nella Scheda di copertura.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

1° esempio

Massimale: € 1.500.000,00

Danno: € 75.000,00

Risarcimento: € 75.000,00

2° esempio.

Massimale: € 1.000.000,00

Danno: € 1.750.000,00

Risarcimento € 1.000.000,00

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione assicurativa e sul diritto all'indennizzo.

Resta integralmente ferma ed applicabile la disciplina dettata o richiamata dagli artt. 1892, 1893 e ss del codice civile nonché dai relativi principi di legge, cui si rimanda.

Il contratto di assicurazione è nullo quando ricorrono uno o più presupposti previsti dall'articolo 1418 Codice Civile, ad esempio perché l'oggetto del contratto è impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il contratto di assicurazione prevede l'obbligo di comunicare agli assicuratori diminuzioni o aggravamenti del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata, secondo il disposto degli artt. 1897 e 1898 c.c.

Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 3 delle Condizioni di Assicurazione.

6. Premi

Il premio per il periodo di polizza è indicato nel prospetto di cui all'art. 35 delle Condizioni di polizza, il quale individua gli Assicurati (come definiti) e li suddivide per categoria prevedendo per ciascuna di esse il relativo premio. La Polizza prevede una "Disciplina per le adesioni alla Convenzione"(art. 34), in virtù della quale il premio debba essere pagato dall'Assicurato/aderente entro 15 giorni dalla data di adesione.

Le modalità di pagamento del premio sono indicate nelle modalità di adesione e clausola pagamento del premio vedi articoli 9 e 35 delle condizioni di polizza.

7. Rivalse

Resta fermo il diritto degli assicuratori che abbiano pagato il danno di agire nei limiti dell'ammontare sborsato – nei confronti dei terzi responsabili del danno stesso (diritto di surrogazione, disciplinato dall'articolo 1916 Codice Civile).

8. Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 11 (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. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Indipendentemente dal momento in cui l'Assicuratore ne sia informato, qualora l'Assicurato venga sospeso o radiato dal relativo Ordine Professionale o per qualsiasi ragione venga negata o ritirata l'abilitazione all'esercizio della professione, gli effetti dell'assicurazione cessano automaticamente al verificarsi di tale circostanza e alla medesima data.

Restano altresì fermi ed impregiudicati i diritti di recesso ed altri rimedi analoghi stabiliti dalla legge applicabile.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo degli assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 5 delle Condizioni di Assicurazione.

10. Legge applicabile al contratto

La legge applicabile al contratto ed alla copertura è la Legge Italiana.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 8 delle Condizioni di Assicurazione.

11. Regime fiscale

Al presente contratto si applicano le imposte Italiane.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Ferma restando la definizione di “richiesta di risarcimento” e di “sinistro” di cui in premessa, l'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta al corrispondente dei Lloyd's.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

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 gli articoli 5 e 33).

Si richiama il secondo comma dell'articolo 27, 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..

Restano fermi gli obblighi ed oneri di comunicazione e in materia di gestione dei sinistri previsti dalla legge e dai principi applicabili.

13. Reclami

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Servizio Reclami

Ufficio Italiano dei Lloyd's

Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Italia
Fax n.: +39 02 6378 8857
E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà ad inoltrare il reclamo al Managing Agent competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione. Il fatto che l'ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti le polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della polizza medesima

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro 45 giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di 45 giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale, 21
00187 Roma
Italia
Tel.: 800 486661 (dall'Italia)
Tel.: +39 06 42021095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133745 oppure + 39 06 42133353
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link:
www.ivass.it

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

Complaints Team
Lloyd's
One Lime Street
London
EC3M 7HA
United Kingdom
Telephone no.: +44 (0)207 327 5696
E-mail: complaints@lloyds.com

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire alle vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto

14. Arbitrato

Si segnala la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria

Si ricorda che il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il contraente o l'assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale dell' Ufficio Italiano dei Lloyd's, Corso Garibaldi, 68, 20121 Milano.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio per alcune categorie di controversie - tra cui le controversie in materia di contratti assicurativi - e dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

* * * * *

Si sottolinea che la presente Nota Informativa non sostituisce né integra i termini e condizioni e le clausole di cui alle Condizioni Generali. La presente Nota Informativa non integra né ha la funzione di interpretare o modificare il contenuto delle Condizioni Generali.

Le Condizioni Generali contengono e racchiudono l'intero accordo tra le parti e in caso di contrasto o anche semplice non integrale identità tra il contenuto della presente Nota Informativa e le Condizioni Generali, varrà esclusivamente quanto previsto da queste ultime.

Si raccomanda pertanto – data anche la natura e la complessità della copertura – una attenta lettura ed analisi di tali Condizioni.

* * * * *

Gli assuntori di rischi assicurativi dei Lloyd's sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

La Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Vittorio Scala

GLOSSARIO

(le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Assicurato: la persona fisica o giuridica la cui responsabilità è protetta dall'assicurazione.

Assicuratori: Alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's

Broker/Agente di Assicurazioni: la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

Bilanci dei membri: l'utile/(la perdita) da distribuire/(da recuperare) da parte dei Sindacati a favore di/(dai) membri di Lloyd's;

Certificato e Scheda di Copertura: i documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Consumatore: è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

Contratto d' Assicurazione: il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati:

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Danno/Danni: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni ad animali, alla salute o biologici nonché il danno morale, compresi danni ad essi consequenziali.

Fondi dei membri presso Lloyd's: i fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro;

Franchigia: Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

Loss Adjuster: il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.

Massimale: la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e 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: il documento, annesso al Certificato per farne parte integrante, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo.

Perdite Patrimoniali: il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Periodo di Assicurazione: il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Copertura

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

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Richiesta di risarcimento: La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:

- a) la richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale;
- b) la citazione o la chiamata in un procedimento civile dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;
- c) l'inchiesta giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza (ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo).

Richiesta di risarcimento (colpa grave): La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:

- a) l'invito a dedurre notificato all'Assicurato dal Procuratore della Corte dei Conti;
- b) la notifica dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa per colpa grave in relazione alle responsabilità previste da questa assicurazione.

Scheda di Copertura: il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Sindacato: è definito Sindacato il membro di Lloyd's o il gruppo di membri di Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" di Lloyd's;

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

Sottolimiti: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

SCHEDA DICOPERTURA



1.	<p><u>Assicuratori:</u> Alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's</p>
2.	<p><u>Assicurato:</u> Il Contraente/Assicurato indicato nel Modulo di Proposta</p>
3.	<p><u>Periodo di assicurazione:</u> Dalle ore 24 del alle ore 24 del</p>
4.	<p><u>Massimale per sinistro ed in aggregato:</u> Quello indicato nel modulo di proposta tra quelli sottostanti più 25% del massimale per i costi di difesa previsti da art. 1917 del c.c. € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000 € 3.000.000</p>
5.	<p><u>Categoria assicurata e relativo ente di appartenenza:</u> Quella/e indicata nel modulo di proposta e presente tra le categorie assicurabili di cui all' art. 35</p>
6.	<p><u>Data di retroattività:</u> Quella indicata nel modulo di proposta tra quelli sottostanti: 2 anni 5 anni 10 anni</p>
7.	<p><u>Estensione Colpa Grave (Art 15) : attivata / non attivata</u></p> <p><u>Estensione Medicina di Urgenza (Art. 16) : attivata / non attivata</u></p> <p><u>Estensione danni patrimoniali per Medicina Legale (Art. 17) : attivata / non attivata</u></p> <p><u>Estensione della Postuma al periodo di retroattività' (Art. 23) : attivata / non attivata</u></p> <p><u>Tutela legale penale: (Art. 33) attivata / non attivata</u></p>
8.	<p><u>Clausola Broker:</u> 8.1 Broker: </p> <p>8.2 Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's: Italian Underwriting Srl</p>
9.	<p><u>Esclusione fatti e circostanze noti</u> Si prende atto tra le parti che l'Assicurazione non vale per i danni conseguenti a fatti e/o circostanze già note all'Assicurato e/o denunciate prima dell'inizio della presente polizza e/o ai danni conseguenti a fatti e/o circostanze che possano derivare direttamente o indirettamente dai fatti e/o circostanze eventualmente indicati nella scheda di adesione.</p>

ASSICURATO/CONTRAENTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurando quando fa richiesta di adesione alla presente polizza ha l'obbligo di fornire le informazioni e dichiarazioni previste nel modulo di adesione che diventa parte integrante del contratto.

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

Articolo 3 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DI RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella Scheda di Copertura.

Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti e non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

In caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dall'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile.

Articolo 4 DEFINIZIONI

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

Assicurato	il singolo iscritto all'Albo che ha aderito alla Convenzione.
Assicuratori	Alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Certificato	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione
Contraente	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, e si obbliga a pagare il premio.
Contratto di assicurazione	il contratto col quale la Compagnia, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere

	<p>l'esercente le professioni sanitarie, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.</p>
Corrispondente dei Lloyd's	<p>la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.</p>
Danno/Danni	<p>il pregiudizio economico conseguenti a lesioni personali o morte ivi compresi i danni ad animali, alla salute o biologici nonché il danno morale compresi danni ad essi consequenziali.</p>
Esercente la professione sanitaria/ Medico	<p>il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti, la relativa attività professionale. In tale ambito rientrano i professionisti di cui all'elenco delle specialità mediche assicurabili riportato all'Art. 35 delle Condizioni di polizza.</p>
Fatti noti o circostanze	<p>qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.</p>
Franchigia	<p>importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro come indicato nella scheda di copertura.</p>
Loss Adjuster	<p>il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.</p>
Massimale	<p>la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.</p>
Modulo di proposta	<p>il modulo compilato dall'Assicurando che intende aderire alla polizza, allegato a questo contratto, che ne è parte integrante e nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo.</p>
Periodo di Assicurazione	<p>Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.</p>

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.
Piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale	Interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.
Premio	il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Compagnia.
Richiesta di risarcimento (colpa lieve)	<p>La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:</p> <p>a) la richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale;</p> <p>b) la citazione o la chiamata in un procedimento civile dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;</p> <p>c) l'inchiesta giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza (ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo).</p>
Richiesta di risarcimento (colpa grave)	<p>La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:</p> <p>a) l'invito a dedurre notificato all'Assicurato dal Procuratore della Corte dei Conti;</p> <p>b) la notifica dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa per colpa grave in relazione alle responsabilità previste da questa assicurazione.</p>
Sinistro	la richiesta di risarcimento sopra definita notificata all'assicurato per la prima volta nel corso di periodo di assicurazione.
Avviso di sinistro	l'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'agente autorizzato a ricevere le richieste di risarcimento, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza.
Scheda di Copertura	il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio

coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Articolo 5 FORMA DELL'ASSICURAZIONE «CLAIMS MADE» - RETROATTIVITÀ

- L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retro attività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato.

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

Articolo 6 CLAUSOLA BROKER

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

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

Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;

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

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

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

Articolo 7 FORO COMPETENTE

Foro competente è quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun Assicurato.

Articolo 8 NORME DI LEGGE

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

Articolo 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute,

l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 10 RISOLUZIONE ANNUALE

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

Articolo 11 FACOLTA' 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. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 12 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RESPONSABILITA' CIVILE TERZI (R.C.T.)

Verso il pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 4 precedente e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi per morte, per lesioni personali e danneggiamenti a cose, conseguenti ad errori od omissioni, commessi nell'esercizio dell'attività professionale.

L'assicurazione, come delimitata in questo contratto e ferme le esclusioni di cui agli articoli 20-21-22 è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato ed indicate nel modulo di adesione; le attività professionali dell'Assicurato possono comprendere una soltanto o entrambe le voci a) e b) che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso:

- a) l'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente anche se svolta presso cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o qualsiasi altro Istituto autorizzato a prestare servizi sanitari, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale "extra muraria", incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa; l'assicurazione include esplicitamente l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale.
- b) l'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro Istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. L'assicurazione comprende esplicitamente l'attività dell'Assicurato in qualità di dipendente delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, individuati dall'art. 10 del CCNQ dell'11/6/2007 relativo alla definizione dei comparti ed ai sensi di quanto previsto dall'Art. 2, quarto alinea del CCNQ per la definizione delle autonome aree di contrattazione, stipulato il 1/2/2008 e successive modificazioni e/o integrazioni. E' altresì compresa l'attività professionale "intra muraria" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende in ogni caso:

1. La responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione od omissione dolosa o colposa, nell'esercizio dell'attività

libero- professionale, da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale.

2. I danni derivanti da interventi di primo soccorso prestati in virtù dell'obbligo deontologico professionale.
3. La pratica di medicina non convenzionale in riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni;
4. La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni;
5. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
6. la responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica);
7. l'assicurazione si estende alla conduzione ed alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse, inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione.

Articolo13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI (R.C.O.)

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- a. ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- b. ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto "a." per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella di inizio copertura del certificato di assicurazione.

Relativamente alla garanzia R.C.O di cui sopra l'Assicurato deve fare denuncia scritta di sinistro al corrispondente dei Lloyd's Italian Underwriting solo ed esclusivamente:

- a. in caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b. in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro) qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c. in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222;

Articolo14 RISCHI AGGIUNTIVI

A titolo esemplificativo e non limitativo, si intende garantita dalla presente polizza anche la

responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

- a. danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b. proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o "banner" all'interno o all'esterno dello Studio; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la polizza è tuttavia intesa prestata a favore dell'Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate;
- c. dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- d. dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
- e. dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- f. per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- g. per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute con il limite di Euro 100.000,00, resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'art. 28;
- h. per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

Articolo 15 ESTENSIONE ALLA COLPA GRAVE

Se attivata l'apposita estensione e corrisposto il relativo premio aggiuntivo, l'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato nel caso in cui abbia ricevuto per la prima volta nel corso del periodo di polizza un invito a dedurre notificato dal Procuratore della Corte dei Conti dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa, nel quale sia ritenuto personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave da sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

Articolo 16 ESTENSIONE ALLA MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

L'assicurazione è estesa, purché sia specificamente indicata sul certificato e sia stato corrisposto il relativo premio aggiuntivo, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di pronto soccorso presso strutture private e di medicina del servizio di emergenza sanitaria territoriale (ex servizio 118) a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99 e specificamente:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";
- attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
- punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
- interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.

Articolo 17 ATTIVITÀ DI MEDICO LEGALE E/O MEDICO COMPETENTE E/O MEDICO FISCALE -PERIZIE - CONSULENZE CERTIFICAZIONI (garanzia perdite patrimoniali)

Se attivata l'apposita estensione e corrisposto il relativo premio aggiuntivo, l'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale, nonché in relazione a perizie, consulenze e certificazioni.

La presente garanzia viene estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (Unità complesse cure primarie), nonché alla partecipazione dell'assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.

Tale estensione di garanzia si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con un minimo non indennizzabile di Euro 500,00 salvo franchigie superiori pattuite in polizza e fino alla concorrenza di un massimale di Euro 150.000,00 per anno assicurativo.

Si precisa che la garanzia non è in ogni caso operante per i danni patrimoniali da rivalsa esercitata a seguito della comminazione di sanzioni ISVAP, nonché per i danni di carattere amministrativo che prevedano un coinvolgimento della Corte dei Conti.

Articolo 18 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Ai fini della garanzia R.C.T., non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

Articolo 19 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA - FORMULA CLAIMS MADE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere precedentemente alla data di retroattività scelta dall'Assicurato all'atto dell'adesione ed indicata nella scheda di copertura.

L'Assicurato dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per le richieste di risarcimento che risultano essere già state presentate all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di assicurazione di questa polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al periodo di retroattività della Polizza.

Articolo 20 ESCLUSIONI

Premesso che l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", le garanzie prestate non sono valide per:

- a. le richieste di risarcimento e atti e/o fatti già noti all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Compagnie;
- b. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita in polizza.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

1. dovute a sinistri attribuibili ad azioni od omissioni commessi dall'Assicurato con dolo;

2. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
3. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo o licenziato per giusta causa;
4. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'Art. 29 delle Condizioni Addizionali di assicurazione;
5. derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
6. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
7. relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("punitive or exemplary damages");
8. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente fra medico e paziente, che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di direttore Sanitario, dirigente di secondo livello o di Primario. E' pertanto esclusa l'azione della Corte dei Conti per colpa grave.
9. per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato;
10. per danni derivanti da atti compiuti al di fuori delle competenze / qualifiche professionali/ specializzazioni;
11. per danni derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario; qualsiasi danno derivante da cyber liability comunque intesa (come ad esempio, - ma non limitatamente a - furto, perdita, divulgazione o manipolazione illecita di dati sensibili e/o informazioni riservate, violazione di proprietà intellettuale, diffusione di virus nei computer, spionaggio informatico comunque inteso, violazione della privacy, interruzione di servizio,etc)

Articolo 21 ULTERIORI ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale:

- a. per i danni derivanti dalla proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili;

Relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale, inoltre, per i danni e le responsabilità che si verificano o insorgano in occasione:

- b. di fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale oppure per fatti commessi quando l'assicurato non sia in regola con l'iscrizione all'albo
- c. di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell' atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d. di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili, salvo

quanto previsto al successivo art. 32 lettera a);

- e. di fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trovino nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;
- f. di furto;
- g. di fatti derivanti da produzione diretta di organismi geneticamente modificati.

L'assicurazione R.C.T. e R.C.O., inoltre, non comprende i danni:

1. da detenzione o impiego di esplosivi;
2. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.)salvo quanto ad uso medico /diagnostico;
3. da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
4. derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;
5. derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;
6. cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi.

Articolo 22 ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica dei tessuti, cavità o organi, l'uso di retrattori e gli atti invasivi diagnostici e terapeutici;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o peri-orali, inclusi i denti;
6. l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

Articolo 23 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE - PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

(A parziale deroga dell'Articolo 5 delle "Condizioni Addizionali" di assicurazione,) in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, di cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), per morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro i 2 anni successivi alla scadenza del presente certificato e relative a fatti avvenuti entro l'ultimo anno precedente la cessazione dell'attività'.

Previo pagamento di un premio aggiuntivo è riservata all'Assicurato la facoltà di estendere la copertura assicurativa per eventuali azioni nei propri confronti per sinistri notificati entro 2 anni successivi alla scadenza del presente certificato e relativi a fatti avvenuti entro il periodo di efficacia del presente certificato.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini e dalle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

L'operatività della presente estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- a. che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi eredi entro 60 giorni dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività che l'assicurato o i suoi eredi si impegnino a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;
- b. che l'Assicurato o i suoi eredi dichiarino ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.

Qualora durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato venga, invece, a cessare per sua libera volontà, e non per altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, al termine della durata della polizza, cessa ogni obbligo della Compagnia e nessun sinistro potrà essere denunciato.

Articolo 24 STUDIO ASSOCIATO O SOCIETA'

E' data facoltà di intestare la polizza di assicurazione ad uno Studio Associato od a una Società, sempre che gli Assicurati persone fisiche che godono della copertura prevista dall'Articolo 3 delle presenti Condizioni di polizza, siano associati o Soci dell'Assicurato.

Per gli Studi Associati l'assicurazione è prestata sia per la RC Professionale della Persona/e identificata/e nel certificato che per i danni a terzi o a dipendenti.

Qualora ci si trovi in presenza di altre polizza, operante per il medesimo rischio, questa polizza opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che il massimale previsto dall'altra polizza sia esaurito.

Per le altre forme giuridiche adottate dall'Assicurato, l'assicurazione è prestata esclusivamente per la RC Professionale del Medico/i persona/e fisica/he identificata sul certificato.

Se l'Assicurato è Membro di uno Studio Medico Associato o di una Società, ai fini della validità delle garanzie di Responsabilità Civile verso Terzi e di Responsabilità Civile verso prestatori d'opera, è condizione essenziale che tutti gli altri Associati siano assicurati con questa polizza; in caso contrario l'Assicurato sarà coperto solo per la Responsabilità Civile Professionale.

Articolo 25 S.O.S.

Resta inteso fra le Parti di estendere la copertura assicurativa alle multe e/o ammende per erronea interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), a condizione che l'erronea interpretazione non sia intenzionale e/o sia la conseguenza di erronee interpretazioni di regolamenti forniti dall'Associazione di categoria.

L'esposizione massima degli Assicuratori non eccederà il limite di Euro 5.000,00 per avvenimento ed in aggregato annuo.

La presente clausola è intesa integrare le previsioni dell'Art. 1 delle Condizioni Addizionali di polizza, dove si statuisce l'inclusione della "Responsabilità personale del Responsabile dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D. Lgs. N. 81/2008, ex 626/94.

E' ulteriormente convenuto che l'azione in surroga condotta dall'INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione s' intende coperta da questa polizza.

Articolo 26 RESPONSABILITA' SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la Responsabilità Civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Articolo 27 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, operanti per il medesimo evento che coprano le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermi in ogni caso il massimale stabilito nella scheda di copertura e le franchigie applicabili.

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

Per quanto riguarda le spese di gestione delle vertenze civili, resta inteso che nel caso ci siano altre assicurazioni per il medesimo rischio e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, anche precedentemente stipulate con contratto individuale o collettivo dal singolo assicurato e queste siano operanti “ a secondo rischio”, si applicheranno in ogni caso i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso, operando anche questa assicurazione, nel caso di specie, “a secondo rischio”.

Articolo 28 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato. La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché ciò sia involontario e/o conseguenza di inesatte interpretazioni di norme vigenti, conseguenti a eventuali indicazioni date da un'Associazione di categoria.

Articolo 29 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese Europeo. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per le richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale in paesi diversi dall'Italia.

Articolo 30 CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEL TERRORISMO

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

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

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

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

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

Articolo 31 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE AMICHEVOLE

Ai sensi e per gli effetti della legge 9 agosto 2013, n. 98, di conversione con modificazioni del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, è entrato in vigore, con decorrenza dal 20 settembre 2013, l'obbligo della conciliazione, ovvero il procedimento di mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in materia di controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria (compreso quella inerente il personale sanitario non medico), di risarcimento del danno derivante da diffamazione a mezzo stampa o con altri mezzi di pubblicità, di contratti bancari e finanziari. Essendo tutte queste parti obbligate a costituirsi nel procedimento di mediazione, le relative decisioni saranno vincolanti anche nei loro confronti. Per quanto concerne la materia dei contratti assicurativi, l'obbligo di mediazione si estende alle sole controversie che s'instaurano direttamente tra Assicurato ed Assicuratore in ordine all'operatività della garanzia assicurativa.

Sono invece escluse dall'obbligo tutte le liti in cui l'Assicurato è citato in giudizio dal Danneggiato e la Compagnia viene chiamata in garanzia, con l'eccezione delle controversie in materia sanitaria suddette. Il Soggetto che intenda accedere alla mediazione, dovrà rivolgersi a un organismo di mediazione autorizzato e registrato presso il Ministero della Giustizia che, a sua volta, incaricherà un mediatore (parimenti autorizzato) di eseguire il tentativo di conciliazione.

Articolo 32 COMMITTENZA

L'Assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:

- a. danni causati a terzi da Suoi dipendenti o connessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al P.R.A. La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati alle persone trasportate;
- b. danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo Studio assicurato.

Articolo 33 DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore entro dieci giorni da quando l'assicurato ne ha avuta conoscenza.

L'Assicurato deve fare denuncia scritta al corrispondente dei Lloyd's Italian Underwriting di qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi comunicazione scritta e atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia, notificata all'assicurato che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.

L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Compagnia, tutte le informazioni e l'assistenza del caso.

L'assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze. La Compagnia ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

La Compagnia assume, a nome dell'Assicurato, fino ad esaurimento del grado di giudizio eventualmente in corso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato, superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Compagnia e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Compagnia non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati o autorizzati e non risponde di multe o ammende. In particolare, ove l'assicurato non abbia espressamente rinunciato a tale garanzia indicandolo nel modulo di proposta, con riferimento alle spese legali e peritali dei procedimenti penali, si precisa che la polizza copre le spese legali fino ad un limite massimo di €15.000 per sinistro e l'eventuale differenza rimane a carico dell'assicurato.

Articolo 34 MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA CONVENZIONE

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

Ciascun contraente dovrà compilare in tutte le sue parti e sottoscrivere il Modulo d'Adesione ed inviarlo entro 30 giorni dalla data di adesione, al Coverholder dei Lloyd's e corrispondere il premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di conferma della copertura e il presente contratto sia stato firmato in ogni sua parte e inviato al proponente entro 30 giorni dalla ricezione dello stesso.

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

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

In caso di mancato invio del Modulo di Adesione o in caso di invio del Modulo di Adesione non debitamente compilato in ogni sua parte e/o firmato, l'assicurazione non è operante ed il premio, qualora pagato, verrà restituito.

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Convenzione, l'assicurando dichiara di essere a conoscenza di uno o più fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento, l'assicurazione non è operante a meno che l'Assicuratore non decida altrimenti con conferma scritta di copertura.

Articolo 35 CATEGORIE ASSICURABILI E PREMI

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio esclusivo di una o più delle seguenti categorie.

Il premio annuo pro capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo imposte, governative incluse, per categoria come qui di seguito indicato:

TARIFFA A *		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 799	€ 879	€ 959	€ 1.078
	5 anni	€ 1.038	€ 1.142	€ 1.246	€ 1.402
	10 anni	€ 1.198	€ 1.318	€ 1.438	€ 1.618
Allergologo e Immunologia clinica per Allergologo					
Anatomia patologica					
Angiologo					
Biochimica e chimica clinica					
Cardiologo Clinico					
Dermatologo e venereologo					
Diabetista					
Endocrinologo e malattie metaboliche					
Epatologo					
Geriatra					
Nefrologo					
Neurologo					
Optometrista					
Patologo clinico					
Psichiatra					
Psichiatra infantile					
Pulmologo/Malattie respiratorie					
Reumatologo					
Trasfusore					

TARIFFA B		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 654	€ 719	€ 784	€ 882
	5 anni	€ 850	€ 935	€ 1.020	€ 1.147
	10 anni	€ 980	€ 1.078	€ 1.176	€ 1.323
Dottore in farmacia					
Dottore internista					
Epidemiologo, biologo, Medicina e igiene preventiva					
Fisiatra					
Immunologo					
Infettivologo					
Ingegnere biomedico					
Massaggiatore					
Neurofisiopatologo					
Osteopata					
Patologo della parola					
Specialista in diagnosi chimiche, immunologiche, batteriologiche					
Tossicologo					

* Tariffa soggetta a preventiva valutazione ad hoc da parte dell'Assicuratore

TARIFFA C		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 545	€ 599	€ 654	€ 735
	5 anni	€ 708	€ 779	€ 850	€ 956
	10 anni	€ 817	€ 899	€ 980	€ 1.103

Dietista tecnico
Ematologo
Ente per attività ricreative dei pazienti
Fisioterapista
Medico aziendale/Ispettore/Medicina occupazionale
Medico dello sport non professionisti
Medico di base
Medico legale
Nutrizionista / Dietologo
Ortopedico
Pedagogista
Pranoterapeuta
Psicanalista
Psichiatra di riabilitazione
Psicoterapista
Tecnico di laboratorio Biomedico
Tecnico di medicina nucleare
Tecnico di prevenzione nell'ambiente e sul posto di lavoro
Tecnico di radiologia medica
Tecnico neurofisiopatologo
Tecnico ortopedico

TARIFFA E		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 504	€ 555	€ 605	€ 681
	5 anni	€ 656	€ 721	€ 787	€ 885
	10 anni	€ 756	€ 832	€ 908	€ 1.021
Assistente di oftalmologia					
Audiologo					
Audiologo tecnico					
Audiometria tecnica					
Operatore sociale					
Ortottico					
Personal trainer					
Podologo					
Psicologo/psicologo clinico					
Terapista					
Terapista neuro psicomotorio					
Terapista occupazionale					
Tossicologo ambientale					
Ufficiale tecnico di farmacia					

TARIFFA D		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 363	€ 399	€ 436	€ 490
	5 anni	€ 472	€ 519	€ 566	€ 637
	10 anni	€ 545	€ 599	€ 654	€ 735

Analista al microscopio
Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
Bionaturopata
Consulente di riabilitazione
Cosmetologo
Erborista
Estetologo
Kinesiologo
Naturopata/ Nutripuntore
Omeopata
Riflessologo
Specializzando fino al 34°anno di età
Storia medica del paziente
Terapista della musica
Terapista della parola
Terapista respiratorio
Terapista Shiatsu

ESTENSIONE COLPA GRAVE (ART.15):**+20%** sul premio da tabella
ESTENSIONE EMERGENZA SANITARIA (ART.16): **soggetta a valutazione da parte dell'Assicuratore**
ESTENSIONE DANNI PATRIMONIALI PER MEDICINA LEGALE (ART.17): **10%** sul premio da tabella
RINUNCIA ALLA TUTELA LEGALE PENALE (ART. 33): **-10%** sul premio da tabella

Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di continuità assistenziale o presso una struttura di pronto soccorso sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Se l'Assicurato è in possesso di più specializzazioni fra quelle previste in polizza, corrisponderà la maggiore fra le tariffe corrispondenti alle specializzazioni di cui è in possesso.

Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni non rientranti specificamente tra quelle indicate come assicurabili al presente articolo, tutte le garanzie prestate dal presente contratto vengono limitate esclusivamente all'attività indicata sul certificato.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione ulteriore non rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, tutte le garanzie prestate dal presente contratto rimangono comunque limitate esclusivamente all'attività relativa alla/e specializzazione/i assicurata/e.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una nuova specializzazione questa si intende automaticamente in copertura previa comunicazione scritta all'assicuratore fino alla scadenza anniversaria del certificato. Al momento del rinnovo l'assicurato provvederà ad aggiornare le specializzazioni rivestite e pagare il relativo premio secondo la tariffa standard prevista.

CLAUSOLA DI RESPONSABILITA' DISGIUNTA

Attenzione! contiene informazioni importanti si prega di leggere attentamente

La responsabilità di un Assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri Assicuratori che partecipano al presente contratto. Un Assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un Assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro Assicuratore. Un Assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro Assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un Assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato di Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un Assicuratore. Ogni membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro Assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun membro è presso i Lloyd's, 1 Lime Street, EC3M 7HA, Londra. L'identità di ciascun membro di un Sindacato di Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere accertate mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's - Corso Garibaldi 86, 20121 Milano.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

LMA5096

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 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:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 3	Aggravamento e diminuzione del Rischio
Articolo 5	Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività
Articolo 6	Clausola Broker
Articolo 7	Foro Competente
Articolo 10	Risoluzione annuale
Articolo 11	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 15	Estensione alla colpa grave (se attivata)
Articolo 16	Estensione alla medicina del servizio di urgenza sanitaria (se attivata)
Articolo 17	Attività di medico legale e/o medico competente e/o fiscale –perizie – consulenze certificazioni (se attivata)
Articolo 20	Esclusioni (in particolare quelle dell'Assicurazione claims made – 20a. 20b.)
Articolo 21	Ulteriori Esclusioni
Articolo 22	Esclusione degli interventi invasivi
Articolo 26	Responsabilità solidale
Articolo 27	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 29	Estensione Territoriale
Articolo 31	Tentativo obbligatorio di Conciliazione amichevole
Articolo 33	Denuncia dei sinistri e gestione delle vertenze di danno – spese legali
Clausola Lloyd's di responsabilità disgiunta	

L'ASSICURATO

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDICI E DEGLI ESERCENTI LE
PROFESSIONI SANITARIE

DATI DEL PROPONENTE:

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO	COMUNE	PROVINCIA	CAP
QUALIFICA/E AI SENSI DI POLIZZA:			
SVOLGE ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE O PRESSO STRUTTURA DI PRONTO SOCCORSO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
INDIRIZZO MAIL:			

CONDIZIONI RICHIESTE:

INDICARE IL MASSIMALE TRA:	€ 3.000.000	INDICARE LA RETROATTIVITA' TRA:	10 anni
	€ 2.000.000		5 anni
	€ 1.500.000		2 anni
	€ 1.000.000		

ESTENSIONI

COLPA GRAVE(art.15)	NO
	SI
EMERGENZA SANITARIA (art.16)	NO
	SI
MEDICO LEGALE (art.17)	NO
	SI

Rinuncia alle tutela legale penale (art.33)	SI
	NO

IL SOTTOSCRITTO ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

con decorrenza dal / / al / /

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con alcuni sottoscrittori dei Lloyd's di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 4 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e da questi denunciate agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.
- C) ha compreso le esclusioni di polizza di cui agli articoli 20, 21, 22
- D) **non è a conoscenza di qualsiasi elemento o fatto che possa causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo che gli sia stato comunicato formalmente con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.**

Data _____

FIRMA _____

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- C) Esclusioni di polizza
- D) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

Data _____

FIRMA _____

Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento dei dati personali.

Data _____

FIRMA _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 32, comma secondo, Regolamento ISVAP 26 maggio 2010, n. 35, il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto il presente Fascicolo Informativo costituito da

- A) Nota Informativa, comprensiva del Glossario; Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- B) Condizioni di Assicurazione;
- C) Questionario e modulo di proposta.

Data _____

FIRMA _____