

FASCICOLO INFORMATIVO

POLIZZA/CONVENZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PER COLPA GRAVE

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO**, contenente:

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

Deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

*Ultimo aggiornamento: **Giugno 2017***

INDICE

NOTA INFORMATIVA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2
1. Informazioni generali	2
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's	3
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	3
4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità	5
5. Aggravamento e diminuzione del rischio	5
6. Premi	6
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	7
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	7
12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	7
13. Reclami	7
14. Arbitrato	8
GLOSSARIO	9
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	14
MODULO DI ADESIONE	26

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/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione e/o adesione alla Polizza.

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'IVASS delle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse a 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, Canary Wharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 53 del Rapporto Annuale dei Lloyd's del 2016* il capitale del mercato dei Lloyd's ammonta ad EUR 32.528 milioni*** ed è composto dai Fondi dei membri presso i Lloyd's pari a Euro 25.473 milioni, dai Bilanci dei membri per Euro 4.712 milioni e dalle riserve centrali di Euro 2.343 milioni.

L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's è stato determinato secondo i dispositivi previsti dalla direttiva Solvency II, che è entrata in vigore a partire dal 1 gennaio 2016. L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's al 31.12.2016 è stato pari al 215%. Tale indice è determinato dal rapporto tra il totale delle attività centrali pari a Euro 4.029 milioni e il Solvency Capital Requirement (SCR) centrale, che ammonta a Euro 1.878 milioni. Tutti gli importi relativi alla solvibilità del mercato centrale (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 10 del "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report) al 31 Dicembre 2016**.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2016:

https://www.lloyds.com/AnnualReport2016/assets/pdf/lloyds_annual_report.pdf

** Link al "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" al 31 Dicembre 2016:

<https://www.lloyds.com/~media/Files/Lloyds/Investor%20Relations/2016/Lloyds%20SFCR%202016.pdf>

*** Tasso di cambio al 31.12.2016: EUR 1,00 = GBP 0,852 (fonte: Financial Times).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale dei Lloyd's è consultabile ai seguenti link (rispettivamente in versione Italiana e Inglese):

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

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italy/placing-risk-at-lloyds-in-italy>

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione della RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PER COLPA GRAVE (d'ora in avanti "contratto di assicurazione") è stipulato senza tacito rinnovo e termina alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria o sociosanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria o sociosanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato

responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

AVVERTENZA

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

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto degli articoli 3, 7 e 8 delle condizioni di assicurazione.

ESTENSIONI

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di Aziende Sanitarie o Socio Sanitarie pubbliche o private, l'ospedale, la clinica o altro stabilimento sanitario e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati. È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti. L'assicurazione comprende la responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

AVVERTENZA: LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta ed indicata in Polizza.

Premesso quanto sopra sono esclusi :

- a. Le Richieste di risarcimento come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale o la Richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile;
- c. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura;
- d. Sono altresì escluse dall'assicurazione le Richieste di risarcimento attribuibili ad azioni commesse dall'Assicurato con dolo.

Per coloro che siano già stati assicurati con il Sindacato Lloyd's che offre questa copertura e intendano proseguire la copertura non sarà necessario compilare nuovamente il Modulo di Adesione.

Altre cause di esclusione sono elencate all'articolo 8 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 12 delle condizioni di assicurazione.

FORMA CLAIMS MADE

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

La data di retroattività convenuta è espressa in numero di anni a partire dalla data di effetto del Periodo di Assicurazione indicato nel Certificato e/o Scheda di copertura. A chiarimento di quanto sopra in caso di rinnovo della presente Polizza / Convenzione la retroattività decorre dalla data del rinnovo.

POSTUMA o ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

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

MASSIMALE

La Polizza/Convenzione offre copertura all'Assicurato fino alla concorrenza del Massimale scelto tra quelli presenti all'art.2

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

Le eventuali dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 e applicabile la disciplina dettata o richiamata dagli articoli 1892, 1893 e seguenti 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, a esempio perchè l'oggetto del contratto è impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il contratto di assicurazione non prevede l'obbligo di comunicare agli Assicuratori diminuzioni o aggravamenti del rischio conseguenti a disposizioni di legge o di regolamenti entrati in vigore in data successiva alla polizza.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 11 delle condizioni di assicurazione.

6. Premi

Il premio per il periodo di Polizza è indicato nel prospetto allegato che costituisce parte integrante della presente Polizza/Convenzione, il quale individua gli Assicurati (come definiti) e li suddivide per categoria prevedendo per ciascuna di essa il relativo premio (suddiviso per Massimale scelto). Le modalità di pagamento del premio sono indicate nelle modalità di adesione e clausola pagamento del premio - articoli 12 e 22 delle condizioni di Polizza/Convenzione.

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).

Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo 18 delle condizioni di assicurazione.

8. Diritto di recesso

Ai sensi dell'articolo 17 (RECESSO IN CASO DI SINISTRO) dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al trentesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di trenta giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro trenta 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.

Restano altresì fermi e 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, trascorsi dieci giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato – salvo quanto previsto dall'articolo 10 ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto delle condizioni di assicurazione.

10. Legge applicabile al contratto

La legge applicabile al contratto e alla copertura è la legge italiana (vedasi articolo 21 delle condizioni di assicurazione).

11. Regime fiscale

Al presente contratto si applicano le imposte Italiane (vedasi articolo 13 delle condizioni di assicurazione).

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Circostanza di Sinistro" "Richiesta di risarcimento" e "Sinistro", è fatto obbligo all'Assicurato di denunciare, entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i Sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

1. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
2. la domanda di rivalsa per colpa grave promossa dalla Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o dalla loro Impresa di Assicurazione davanti all'Autorità Giudiziaria civile.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promossa contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve pertanto essere notificata.

Restano fermi gli obblighi e 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 a 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 quarantacinque 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 quarantacinque 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 o affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

14. Vertenze

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 a 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 è 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 e analisi di tali condizioni.

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Vittorio Scala.

Codice Ramo	Codice Correspon.	Codice Lloyd's Broker	Codice Doc. (*)	Market Reform Contract/Binder
hhCODICE_RAMO	IT inserire codice	CODICE_LB	codice_Doc	Numero Market Reform Contract o Binder
			(*)	F = Piazzamento Facoltativo B = Piazzamento su Binder

Tipo di assicurazione : «RAMO»

Il presente Modulo forma parte integrante del Contratto N° «NUMERO_POLIZZA_»

Nome dell'Assicurato o Contraente: «CONTRAENTE»
 Indirizzo : «VIA_CONTRAENTE»
 CAP e Città «CAP __CONTRAENTE»
 Codice Fiscale: «CODICE_FISCALE»

Durata dell'Assicurazione (con tacito rinnovo) dalle ore «24:00» del «DATA_EFFETTO_POLIZZA» alle ore «24:00» del «DATA_SCADENZA_POLIZZA»

Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto : «DATA_PROPOSTA»

Condizioni Generali e Particolari come da seguenti stampati allegati al presente Modulo:
 LSW1819A

Quota Lloyd's: «100,00%»
 Numero percentuale dei Sindacati dei Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:

Rischi e importi assicurati, Franchigie e Scoperti, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra)

«INSERIRE SIGLA IDENTIFICATIVA DEL SINDACATO E PERCENTUALE DI RITENZIONE DEL RISCHIO»

Premio Netto	Accessori.	Imponibile	Imposte	Totale
Comlessivo «PREMIO_NETTO_COMPLESSIVO»	«ACCESSORI_COMPLESSIVO»	«IMPONIBILE_COMPLESSIVO»	«IMPOSTE_COMPLESSIVO»	«PREMIO_LORDO_COMPLESSIVO»

Il premio deve essere pagato al Corrispondente di seguito specificato, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è concordato con il intermediario, nel rispetto della normativa vigente.

Premio Netto	Accessori.	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata «PREMIO_NETTO_FRAZIONATO»	«ACCESSORI_FRAZIONATO»	«IMPONIBILE_FRAZIONATO»	«IMPOSTE_FRAZIONATO»	«PREMIO_LORDO_FRAZIONATO»

Modalità del pagamento del premio e eventuali regolazioni: «DESCRIZIONE_FRAZ»

Numero totale di pagine allegate: «TOTALE_PAGINE_ALLEGATE»

Data	Il Corrispondente dei Lloyd's	L'Assicurato o il Contraente	Enrico Bertagna Rappresentante Generale per L'Italia dei Lloyd's In nome e per conto dei Membri Sottoscrittori che assumono il rischio di cui al presente contratto
«DATA_EMISSIONE»	«INSERIRE ESATTA RAGIONE SOCIALE»		

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, IL FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO E LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI AL REGOLAMENTO ISVAP n°35 DEL 26/05/2010.

Il Contraente :

SCHEDA DI COPERTURA



1.	<u>Assicuratori:</u> Lloyd's Insurance Company S.A.
2.	<u>Assicurato:</u> Il Contraente/Assicurato indicato nel Modulo di Adesione
3.	<u>Periodo di Assicurazione:</u> Data di effetto/scadenza: quelle riportate nel Modulo di Adesione
4.	<u>Massimale per Sinistro/anno/persona più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' art. 1917 Codice Civile:</u> Quello indicato nel Modulo di Adesione e scelto tra quelli di cui all'art.2
5.	<u>Categoria assicurata e relativo Ente di appartenenza:</u> Quella indicata dall'Assicurato nel modulo di adesione
6.	<u>Data di retroattività (espresso in anni dalla data di inizio del periodo di assicurazione):</u> Quella indicata nel Modulo di Adesione
7.	<u>Estensione Postuma:</u> (se attivata) 10 anni
8.	<u>Clausola Broker:</u> 8.1 Broker: 8.2 Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's: Italian Underwriting Srl
9.	<u>Esclusione fatti e circostanze noti</u> Si prende atto tra le parti che sono inoltre esclusi dalla copertura tutti i Sinistri/Danni che possano derivare direttamente o indirettamente dalle circostanze e/o Sinistri e/o eventi noti all'Assicurato e/o dichiarati agli Assicuratori prima della data di adesione .

ASSICURATO/CONTRAENTE

La presente Polizza/Convenzione è prestata nella forma "claims made" e quindi la Polizza copre i Sinistri notificati all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

GLOSSARIO/DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono a interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Contraente	Il soggetto che stipula la presente Polizza/Convenzione in nome e per conto degli Assicurati
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S.A.
Assicurato	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati.
Attacco Informatico	Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali
Incidente Informatico	Qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il sinistro in serie, 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
Periodo di Assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza/Convenzione.
Circostanza di Sinistro	<p>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave;</p> <p>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave.</p>
Richiesta di risarcimento	<p>l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;</p> <p>la domanda di rivalsa per colpa grave promossa dalla Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o dalla loro Impresa di Assicurazione davanti all'Autorità Giudiziaria civile.</p>
Sinistro	La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Polizza/Convenzione	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione
Certificato e/o Scheda di Copertura	I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo
Sinistro in Serie	Piu' richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralita' di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a piu' atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro
Sistema Informatico	Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprieta' o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

POLIZZA/CONVENZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PER COLPA GRAVE
-CONDIZIONI CONTRATTUALI-

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ
---------------------	---

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la circostanza di sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta, scelta tra quelle presenti all'art. 23 ed indicata sul modulo di adesione/scheda di copertura.

Articolo 1.2	CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE
---------------------	------------------------------------

La presente Polizza/Convenzione viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati e con espresso consenso degli stessi, che formalmente si manifesta attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione e se non richiesta tramite comunicazione scritta al Broker ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

€ 5.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile

Oppure

€ 3.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

Oppure

€ 2.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

Oppure

€ 1.500.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

Oppure

€ 1.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

Oppure

€ 500.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
-------------------	-----------------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza/Convenzione, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dall’Azienda Sanitaria o sociosanitaria o dalla loro impresa di Assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilita’ amministrativa esperita dall’Azienda Sanitaria o sociosanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

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

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l’Assicurato in caso di Sinistro per colpa grave.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall’Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all’Assicurato, ne’ le spese legali e peritali dei procedimenti penali. Le circostanze di sinistro non comportano l’obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 16 della presente polizza.

Articolo 5	NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”
-------------------	-------------------------------------

Con il termine “terzo” o “terzi” si intende ogni persona diversa dall’Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell’Azienda Sanitaria.

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 dell’Assicurato che sono soggetti per legge all’assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell’Assicurato.

Articolo 6	LIMITI TERRITORIALI
-------------------	----------------------------

L’assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell’Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d’America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l’operatività dell’assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall’Italia, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

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

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato, nella sua qualità di dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati. È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti. L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici. Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di direttore presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Articolo 8	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

8.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "*claims made*", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza/Convenzione, sono esclusi :

- a. Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale, la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione dell'Azienda di Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- c. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d) I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;

- e) Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
- f) I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) I Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) I Danni 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;
- n) Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;
- o) I Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) I Danni patrimoniali così come definiti nel glossario e comunque i danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;
- r) Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.
- s) L'assicuratore non sarà tenuto a fornire copertura e non sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------------	--------------------------------

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

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

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

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

Articolo 11	VARIAZIONI DEL RISCHIO
--------------------	-------------------------------

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 Codice Civile) o un aggravamento (articolo 1898 Codice Civile) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, entrate in vigore in data successiva alla presente si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile anche concordando adattamenti e/o modifiche alla presente convenzione/copertura.

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

Articolo 12	PAGAMENTO DEL PREMIO
--------------------	-----------------------------

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato agli Assicuratori entro 30 giorni dalla accettazione della proposta di adesione, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Fermo quanto sopra e solo in caso di rinnovo della copertura, se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo alla scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (termine di mora) .

Articolo 13	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE RESCINDIBILITÀ ANNUALE
--------------------	--

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

Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
--------------------	---

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile 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.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, 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.

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	---

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

La notifica di una "Circostanza di sinistro" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisce da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

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

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.

La denuncia va fatta al coverholder dei Lloyd's Italian underwriting od al Broker.

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 a una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	------------------------------------

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al trentesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di trenta giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro trenta 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 18	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 dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 19	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.
Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 20	CLAUSOLA BROKER
--------------------	------------------------

Con l'adesione alla presente Polizza/Convenzione l'Assicurato conferisce al Broker indicato nel Certificato e/o Scheda di Copertura il mandato di brokeraggio con l'incarico di assisterlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

È convenuto pertanto che:

- a. ogni comunicazione effettuata al Broker dal Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato;
- b. ogni comunicazione effettuata dal Broker dell'Assicurato al Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006, il Broker è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Broker, come previsto al precedente articolo 5.

Articolo 21	NORME DI LEGGE
--------------------	-----------------------

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

Articolo 22	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:

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nel certificato alla condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ciascun contraente dovrà altresì compilare in tutte le sue parti e sottoscrivere il Modulo d'Adesione facendolo pervenire per il tramite del Broker entro 30 giorni dalla data di adesione, al Coverholder dei Lloyd's, a mezzo fax (numero di fax indicato nella lettera accompagnatoria disponibile on line), e corrispondere il premio dovuto.

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

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

a) dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza richiesta nel 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 C) e D) del Modulo stesso.

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

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

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.

Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

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

La presente Convenzione non consente di attivare più di una adesione per ciascun Assicurato e per ciascuna annualità. In caso di attivazione di più adesioni sarà ritenuta valida esclusivamente la prima in ordine cronologico. Tutta la documentazione sarà interamente prodotta dal Coverholder.

Articolo 23	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio annuo lordo pro capite per ogni annualità previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello calcolato in fase di adesione dal sistema informatico in base alla qualifica professionale e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 22.

E' facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno: si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/365 per ogni giorno di garanzia goduto, con un minimo assoluto di premio pari a 180 giorni di garanzia.

Articolo 24	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
--------------------	--------------------------------------

Con l'adesione alla presente Polizza/Convenzione e con la firma del Modulo di Adesione (qualora necessario) l'Assicurato dichiara :

24.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto con una struttura

sanitaria o sociosanitaria. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;

24.2 che in forza del C.C.N.L. di lavoro vigente o in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la Struttura Sanitaria o sociosanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;

24.3 di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria o sociosanitaria di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

Articolo 25	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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 26	ESCLUSIONE ATTACCO INFORMATICO – INCIDENTE INFORMATICO
--------------------	---

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

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

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza/Convenzione:

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ
Articolo 8	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1)
Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA - RESCINDIBILITÀ ANNUALE
Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 16	DENUNCIA DEI SINISTRI (<i>esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione</i>)
Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Articolo 20	CLAUSOLA BROKER
Articolo 24	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

.....
Data

.....
Il Contraente / Assicurato

