

POLIZZA/CONVENZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PER COLPA GRAVE

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 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

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;

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.

Richiesta di risarcimento

l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;

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.

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

Sistema Informatico

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

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	Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più 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

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 sulla 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 presente certificato 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
€ 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
€ 1.000.000,00 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 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.

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 consulentiche non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali. Le 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 deidaneggiati 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 deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di direttore presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Articolo 7	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 presente certificato 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, consulente o collaboratore di Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private, di ospedali, istituti, cliniche o altri stabilimenti sanitari, o di strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN o di istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati.

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

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 Sinitro 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 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 oper 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 medicoveterinario;
- 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 verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o 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 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.
- t) Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:
 - (1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorotano sulfonato (PFOS), acido perfluorotanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFESA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;
 - (2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Articolo 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) né 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 allascadenza 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 scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

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

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 Mithras Underwriting Italia Srl.

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 sottoscrivere il presente certificato ed inviarlo entro 30 giorni dalla data di ricezione dello stesso, al Coverholder dei Lloyd's, a mezzo fax (numero di fax indicato nella lettera accompagnatoria disponibile on line), e corrispondere il premio dovuto.

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 presente certificato

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando attesti, tramite la sottoscrizione del presente certificato di non essere a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma dello stesso.

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 sotto indicato a seconda di ciascuna qualifica professionale e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 22.

VEDI TARIFFA ALLEGATA

È 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 presente certificato 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 presente certificato, 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 od 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;

2.1 Con la sottoscrizione del presente certificato l'Assicurato dichiara:

- di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di sottoscrizione del presente certificato. 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, 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.
- di non essere stato oggetto in precedenza di azioni disciplinari intentate nei miei confronti

2.2 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

