

Assicurazione della responsabilità civile colpa grave dipendenti


Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di Lloyd's Insurance Company S.A. (NWL 5320) registrato in Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzato dalla Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094.

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

Che tipo di assicurazione è?

Lo scopo della copertura è quello di tenere indenne l'Assicurato nei casi in cui venga accertata una sua responsabilità civile per colpa grave, in conseguenza di danni a persone o cose



Che cosa è assicurato?


La polizza tiene indenne l'assicurato di ogni somma che sia tenuto a pagare nel caso di:

- ✓ Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria o socio sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'assicurato sia stato dichiarato responsabile 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
- ✓ Azione di surrogazione esperita dall'Assicuratore dell'Azienda Sanitaria o socio sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'assicurato sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.
- ✓ Responsabilità civile per danni derivanti da interventi di primo soccorso svolti per motivi deontologici

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made": si attiva per le richieste di risarcimento o circostanze di sinistro notificate all'assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e siano conseguenza di fatti colposi errori od omissioni commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività convenuta


- ✓ Le suddette garanzie si intendono prestate anche ove l'attività dell'assicurato venga svolta in regime di *intramoenia*

E' possibile personalizzare le coperture in base alle proprie esigenze: per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al DIP Aggiuntivo. Gli assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza, il cosiddetto massimale.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le richieste di risarcimento connesse a fatti o circostanze che fossero già note prima della data di inizio del periodo di assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori
- ✗ Richieste di risarcimento o circostanze di sinistro relative a fatti dannosi o comportamenti colposi posti in essere prima della retroattività stabilita nella scheda di copertura
- ✗ Sinistri connessi a qualsiasi attività che l'assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico da parte della struttura sanitaria, fatti salvi i casi di intramoenia e primo soccorso per motivi deontologici
- ✗ Richieste di risarcimento originate da danni patrimoniali
- ✗ Sinistri denunciati agli assicuratori dopo la scadenza del periodo di assicurazione, salvo una tolleranza di 10 giorni
- ✗ Richieste di risarcimento o circostanze di sinistro attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo
- ✗ Esclusione di PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, prodotti correlati e prodotti chimici.



Ci sono limiti di copertura?

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di risarcimento, o circostanze di sinistro:

- ! riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- ! riconducibili a 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;
- ! in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti;
- ! esclusivamente per gli interventi chirurgici, per danni imputabili all'assenza del consenso informato;
- ! per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- ! basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ! derivanti da da ingiuria o diffamazione;
- ! per danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- ! 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);
- ! relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- ! relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- ! 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;
- ! conseguenti ad 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;

- ! che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- ! che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;
- ! che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale, ferma restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;
- ! 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.
- ! Derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.
- ! 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.
- ! Derivanti da eventi nei quali i terzi danneggiati siano il coniuge o convivente o i genitori o i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui conviva, o siano altresì i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; fatto salvo il caso in cui questi ultimi prestatori fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.
- ! Esclusione di PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, prodotti correlati e prodotti chimici.

Si segnala che ove esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire la stessa responsabilità, o gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili. L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.



Che obblighi ho?

- All'atto della prima sottoscrizione del contratto e comunque ove richiesto l'Assicurato/o il Contraente ha l'obbligo compilare firmare e datare il modulo di proposta riportando in esso informazioni veritiere, esatte e complete in riferimento al rischio da assicurare.
 - Dare tempestiva comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio. Si precisa che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza 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 fino alla naturale scadenza del certificato di polizza.
- denunciare, entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, i sinistri e le circostanze di sinistro come definiti nelle condizioni contrattuali.



Quando e come devo pagare?

Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza entro 15 giorni dall'accettazione della proposta. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n. 58/2008.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Periodo di Assicurazione ha decorrenza e scadenza alle ore 24 dei giorni indicati nella Scheda di Copertura purché l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio ed abbia recapitato il modulo di proposta (ove previsto) debitamente compilato firmato e datato entro i termini previsti dal presente contratto.



Come posso disdire la polizza?

La polizza cessa alla sua naturale scadenza e non prevede obbligo di disdetta, non essendo presente il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Polizza di assicurazione della responsabilità civile “colpa grave” Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
Prodotto: RC “colpa grave” del personale dipendente di aziende sanitarie
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 01
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 01.01.2019
Il presente DIP Aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

Sito web: www.lloyds.com/brussels

E-mail: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzato ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Il patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 300,4 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari ad EUR 153,4 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari ad EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società, quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 161%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari ad EUR 38,4 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 228,5 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su www.lloydsbrussels.com/about/lloyds-brussels-hub/

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

VEDI DIP

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Massimale a scelta	E' possibile scegliere a seconda delle convenzioni proposte tra più massimali di copertura, corrispondendo un premio calcolato proporzionalmente.
Retroattività illimitata	Il periodo di retroattività base previsto dalla polizza è di 10 anni dalla data di decorrenza del certificato. E' possibile estenderlo illimitatamente corrispondendo un sovrappremio.
Estensione ultrattiva (postuma)	I già assicurati che abbiano cessato ogni attività assicurabile ai sensi di polizza hanno facoltà di attivare l'estensione postuma decennale. Il premio da

	corrispondere per attivare tale garanzia è pari a cinque volte il premio normalmente previsto per il lavoratore attivo nella categoria di appartenenza, qualora l'assicurato abbia stipulato il presente contratto per almeno un'annualità; il premio è invece pari a tre volte, qualora l'assicurato abbia stipulato il presente contratto per almeno due annualità.
--	---



Che cosa NON è assicurato?

VEDI DIP



Ci sono limiti di copertura?

VEDI DIP



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: denunciare le richieste di risarcimento e le circostanze di sinistro entro 30 giorni dall'avvenuta notifica al coverholder dei Lloyd's <u>Mithras Underwriting Italia S.r.l., sede legale: Via Conservatorio, 15 – 20122 MILANO (MI) / sede operativa: Via Borgonuovo, 7 – 20121 MILANO (MI).</u></p> <p>Alla denuncia devono essere allegati il certificato di copertura e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.</p> <p>Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 C.C., il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finchè il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>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 (artt. 1892 e 1893 C.C.). In tal senso, <u>rivestono particolare importanza le dichiarazioni relative ai fatti già noti effettuate/omesse all'atto della compilazione del modulo di proposta e quelle relative alla/e mansione/i dichiarata/e e relativi enti di appartenenza.</u></p>
Obblighi dell'impresa	<p>Il pagamento dell'indennizzo è eseguito entro 60 giorni dalla data in cui la Compagnia, ricevuta ogni informazione, documento o perizia necessaria per verificare l'operatività della garanzia, riceve quietanza firmata.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il premio concordato in fase di proposta deve essere corrisposto entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura richiesta. Qualora tale termine fosse superato, la copertura decorrerà dal giorno del pagamento.</p> <p>Il premio va pagato al coverholder/broker di riferimento. Tutti i premi formulati in fase di proposta sono comprensivi di imposte.</p> <p>Il prodotto prevede pagamento in un'unica soluzione e non prevede il tacito rinnovo. Per coperture inferiori all'anno si conviene di calcolare il premio in ragione di 1/365 per ogni giorno di garanzia goduto, con un minimo assoluto di premio pari a 180 giorni di garanzia.</p>
Rimborso	<p>Nel caso di recesso da parte dell'Assicuratore, questi, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La polizza viene emessa per la durata massima di un anno, è attivabile in ogni momento dell'anno con decorrenza proposta dall'assicurato. La polizza cessa a naturale scadenza, non essendo previsto il tacito rinnovo. L'assicurato che non abbia sinistri in corso e per il quale non sia mutato il rischio dichiarato nel modulo di proposta, ha facoltà di rinnovarla senza soluzione di continuità entro 30 giorni dalla scadenza, senza dover compilare nuovamente il modulo di proposta.</p> <p>Qualora, in corso di copertura, 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 in diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.</p>
Sospensione	<p>Non è prevista la facoltà di sospensione della polizza.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Il contraente ha diritto di recedere entro 14 giorni dalla conferma di attivazione della copertura, avendo diritto al rimborso del premio, al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. La richiesta va formulata in forma scritta e fatta pervenire al coverholder personalmente, od attraverso il broker, ove designato.</p>
Risoluzione	<p>Il diritto di recesso di cui sopra è esercitabile nei tempi previsti senza necessità di causale. Non sono previsti altri particolari casi di risoluzione.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>A tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private, degli ospedali, istituti, cliniche o altri stabilimenti sanitari, delle strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati.</p> <p>Non è rivolto a chi svolge attività libero professionale pura o abbia un rapporto contrattuale con una struttura che non preveda le tutele garantite dall'azienda al personale della struttura (es. alcuni tipi di volontari; collaborazioni professionali esterne).</p>



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione. La quota parte del premio (al netto delle imposte) percepita in media dagli intermediari è pari al 20%. Il dato è calcolato sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio dell'impresa di assicurazione per il quale è stato approvato il bilancio.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi, 86 – 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel. +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p>

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

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), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluorottanoico (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