

Assicurazione DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di LLOYD'S Insurance Company S.A. registrato in Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi a seguito di inadempienza dei doveri professionali nello svolgimento dell'Attività Professionale assicurata.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare per danni a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a seguito di inadempienza ai doveri professionali causata da fatto colposo (grave), da errore o da omissione, involontariamente commessi nell'esercizio dell'attività professionale. L'assicurazione è prestata nella forma CLAIMS MADE, ovvero è operante per fatti colposi, errori od omissioni, commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura, e a condizione che la conseguente richiesta di risarcimento sia per la prima volta presentata all'Assicurato, e da questi regolarmente denunciata agli assicuratori, durante il periodo di assicurazione. Terminato tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessuna Richiesta di Risarcimento potrà essere loro denunciata.
- ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al Fascicolo informativo.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al Fascicolo informativo.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato o di taluno dei suoi legali rappresentanti o amministratori (art. 1917 del codice civile)
- ✗ Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il sottolimito di indennizzo o massimale pattuito
- ✗ L'assicurazione non tiene indenne l'Assicurato: per fatti dovuti a insolvenza o fallimento dell'Assicurato, in relazione ad attività diverse dall'attività professionale, in relazione ad attività svolte dopo che l'attività professionale dichiarata sia venuta a cessare per qualunque motivo, per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, penalità, sanzioni, per danni che si verifichino o insorgano da inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, per violazione di diritti di autore o di proprietà intellettuale. Sono altresì esclusi i danni che si verifichino e le responsabilità che insorgano da guerra o atti di terrorismo e contaminazioni radioattive o nucleari. Sono escluse le spese di giustizia penale.
- ✗ Sono esclusi i danni, le perdite, i costi e le spese di qualsiasi tipo, che siano direttamente o indirettamente causati connessi o risultanti da: (i) guerra, invasione, azione di nemici, ostilità, operazioni belliche, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, tumulti civili, potere militare, usurpazione di potere; oppure (ii) qualsiasi atto di terrorismo.
- ✗ Sono inoltre esclusi: (i) la perdita, la distruzione o il danneggiamento di qualunque cosa o bene mobile o immobile, i costi e i danni indiretti che ne conseguano; (ii) le responsabilità di qualunque tipo causati o derivanti da radiazioni ionizzanti o da contaminazione dovuta alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte da tali combustibili, dalle proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque composto nucleare esplosivo o da un suo qualsiasi componente nucleare.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al Fascicolo informativo.



Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato:

- ! per le richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima della data di effetto del Periodo di Assicurazione;
- ! per le richieste di risarcimento conseguenti a situazioni o circostanze note all'Assicurato alla data di effetto del Periodo di Assicurazione;
- ! per le richieste di risarcimento avanzate dalle persone non considerate "terzi";
- ! per danni derivanti direttamente o indirettamente dalla presenza di muffe tossiche non alimentari o dalla presenza o uso di amianto;
- ! per danni derivanti dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di terreni, fabbricati, animali, aeromobili, natanti, autoveicoli;
- ! per responsabilità assunte dall'assicurato con patti contrattuali, obbligazioni o garanzie;
- ! per le richieste di risarcimento che abbiano origine nei Paesi esclusi;
- ! per atti o fatti commessi prima della data di retroattività.
- ! sono inoltre escluse le spese incontrate dall'Assicurato per legali o periti o consulenti che non siano designati o approvati dagli Assicurati.

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

Esclusioni aggiuntive:

Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al Fascicolo informativo.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale per le richieste di risarcimento ovunque nel mondo, con esclusione degli USA, del Canada, delle Isole Vergini e dei territori sotto la giurisdizione degli stessi. 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



Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nel corso del contratto l'Assicurato e/o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è definito dalla normativa vigente al momento dell'emissione del contratto di assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza. La polizza cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta, a meno che in scheda di copertura non sia richiamata l'operatività della clausola del tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.

Assicurazione Responsabilità Civile Professionale

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
 Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Morganti Insurance Brokers s.r.l.
 Product: RC Professionale del Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
 Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: v. 001
 Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 01/01/2019
 Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, 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.loyds.com/brussels

E-mail: enquiries.loydsbrussels@loyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata 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@loyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Il capitale sociale di Lloyd's Insurance Company S.A. ammonta ad EUR 136.222.500. Indice di solvibilità di Lloyd's Insurance Company S.A. disponibile su www.loyds.com/brussels.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO Non Previste	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Indicare l'opzione	
Incremento Massimale	Il massimale minimo acquistabile è di Euro 1.500.000, fino ad un massimo di 5.000.000
Indicare l'opzione	
Inclusione Rc Amministrativa	Inserendo la garanzia rc amministrativa viene compresa in copertura anche l'attività amministrativa gravante sull'Assicurato che abbia cagionato una perdita patrimoniale all'Ente di Appartenenza o altro Ente Pubblico.
Indicare l'opzione	
Estensione Retroattività Illimitata	Inserendo la garanzia "Retroattività Illimitata" il periodo di copertura retroattivo passa da 10 anni a Illimitato.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.
	Assistenza diretta / in convenzione: Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite né direttamente né indirettamente dall'impresa
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite né direttamente né indirettamente dall'impresa
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile)
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto. (Art. 1892 e 1893 del C.C.)

Obblighi dell'impresa	La polizza non prevede un termine entro il quale l'impresa si impegna a effettuare il risarcimento.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il premio deve essere pagato a seguito dell'accettazione del modulo di proposta da parte del Coverholder.</p> <p>I metodi di pagamento disponibili sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonifico Bancario; • Carta di Credito;
Rimborso	Non è previsto il rimborso

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza.</p> <p>La polizza ha durata variabile con un minimo di sei mesi e un massimo di un anno.</p> <p>Le polizze vengono emesse con Tacito Rinnovo.</p>
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il contraente ha 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento. Il termine decorre dal giorno di ricezione della Scheda di copertura.
Risoluzione	E' necessaria, da parte dell'Assicurato, una disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza per interrompere il contratto

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto a persone fisiche residenti in Italia	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione – la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 15%	
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) 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) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il 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'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	<p>Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p> <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.

GLOSSARIO

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

Assicurato: il medico, regolarmente iscritto all'albo, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, od il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel modulo di proposta.

Assicuratori: Lloyd's Insurance Company.

Assicurazione: la copertura assicurativa offerta dalla polizza agli assicurati.

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

Comunicazione Formale: la lettera protocollata della Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza inviata personalmente all'Assicurato.

Contraente: il medico, regolarmente iscritto all'Albo, od il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta, che sottoscrive la Polizza.

Corrispondente dei Lloyd's: la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di copertura.

Danno: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Denuncia di Sinistro: la notifica, inviata dall'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza.

Comportamento colposo: il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturisce la Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze.

Lloyd's Coverholder: Morganti Insurance Brokers.

Loss Adjuster: il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri.

Massimale: la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

Modulo di proposta: Modulo per mezzo del quale il Contraente manifesta la volontà di stipulare la polizza.

Scheda di Copertura: il documento che attesta la stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo della polizza medesima.

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

Periodo di Assicurazione: il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente al primo Periodo di Assicurazione, il Periodo di Assicurazione stesso corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo dell'Assicurazione.

Periodo di Efficacia: il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.

Polizza: il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta ed alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.

Richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze: Quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'assicurato:

- i. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui, e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;
- iv. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è oggetto di una Richiesta di Risarcimento da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- v. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vi. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- viii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
- ix. il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione
- x. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa la volontà di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- xi. La sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, penale o Civile.
- xii. La comunicazione fatta dall'Ente di appartenenza o dall'Assicurazione dell'Ente di appartenenza in accordo con l'Art.13 L.24/2017 del 08/03/2017".

Non è considerata Comunicazione Formale della Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza la richiesta di relazione tecnico sanitaria.

Sinistro: la richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Struttura sanitaria pubblica di Appartenenza: l'ospedale, l'istituto, o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico, presso il quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO OSPEDALIERO DIPENDENTE DEL SSN

**SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE È PRESTATATA NELLA FORMA
«CLAIMS MADE»**

Si vedano gli articoli 4, 9, 16

Art. 1 – Dichiarazione dell'assicurato

Con la stipulazione della presente Polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di medico con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni e le attività indicate nel Modulo di Proposta per le quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, o di esercitare una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico, alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza (articolo 3);
- 1.3 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che abbiano determinato o che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze da parte di Terzi, in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione.

Art. 2 – Reticenze e dichiarazioni inesatte

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere indennizzato dall'Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Particolare rilievo assumono le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel Modulo di Proposta.

Art. 3 – Definizioni

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante della Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori

Lloyd's Insurance Company

Assicurato

il medico, regolarmente iscritto all'albo, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, od il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta

Assicurazione

la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati

Broker/Agente di Assicurazioni

la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

Comunicazione Formale

la lettera protocollata della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza inviata personalmente all'Assicurato

Contraente

il medico, regolarmente iscritto all'Albo, od il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta, che sottoscrive la Polizza

Corrispondente dei Lloyd's

la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

Danno

il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose

Denuncia di Sinistro

la notifica, inviata dall'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza

Comportamento Colposo

il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturisce la Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze

Lloyd's Coverholder

Morganti Insurance Broker

Loss Adjuster

il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri

Massimale

la somma massima che gli Assicuratori sono tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate

Modulo di Proposta

modulo per mezzo del quale il Contraente manifesta la volontà di stipulare la Polizza

Scheda di Copertura

il documento che attesta la stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo della Polizza medesima

Perdite Patrimoniali

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

Periodo di Assicurazione

il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile

Successivamente al primo Periodo di Assicurazione, il Periodo di Assicurazione stesso corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo dell'Assicurazione

Periodo di Efficacia

il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione

Polizza

il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta e alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione

Premio

la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori

Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze

quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- i. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui, e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;
- iv. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è oggetto di una Richiesta di Risarcimento da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- v. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vi. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- viii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
- ix. il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione
- x. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa la volontà di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- xi. La sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, penale o Civile.
- xii. La comunicazione fatta dall'Ente di appartenenza o dall'Assicurazione dell'Ente di appartenenza in accordo con l'Art.13 L.24/2017 del 08/03/2017".

non è considerata Comunicazione Formale della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria

Sinistro

la Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza

l'ospedale, l'istituto, o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico, presso il quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività.

Art. 4 – Forma dell'Assicurazione («CLAIMS MADE») - Retroattività

L'Assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia è destinata a tenere indenne l'Assicurato in relazione alle Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze inoltrate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciate agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata nella

Scheda di Copertura. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi dieci giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro può esser loro denunciato.

Articolo 5 – Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "Claims Made".

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto, di errore o di omissione, commessi con colpa grave nell'esercizio di tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di esercente la professione sanitaria, che eserciti o abbia esercitato l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza. Fermo il disposto del paragrafo precedente, l'Assicurazione è operante anche per l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti, a meno che quest'ultima non risulti esclusa nella Scheda di Copertura.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti dall'attività di telemedicina e ricerca clinica.

Art. 6 – Nozione di "Terzo" o "Terzi"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Art. 7 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, le Isole Vergini, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. 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 deliberazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 8 – Esclusioni

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", sono esclusi:

- a. i Sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo la tolleranza di dieci giorni;
- b. le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.

In aggiunta alle esclusioni di cui all'articolo 8, la presente Assicurazione esclude qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o qualsiasi costo:

- 1) Per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.

Sono escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze:

- d. riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività professionale *intramoenia* ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- e. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- f. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- g. in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- h. in relazione a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 7;
- i. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- j. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- k. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- l. derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- m. 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);
- n. 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;
- o. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- p. 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;
- q. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- r. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- s. 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;
- t. per perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, da qualunque carica le medesime funzioni siano esperite.

Art. 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.

Art. 10 – Estensione dell'Assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – Protezione di eredi e tutori

In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.

Qualora durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità d'adesione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita per ulteriori dieci (10) anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Valgono le modalità previste dall'articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ

Art. 11 – Variazioni del rischio

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (art. 1897 c.c.) o un aggravamento (art. 1898 c.c.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le disposizioni del Codice Civile non si applicano e l'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, come diminuito o aggravato senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori. Qualora la variazione del rischio comporti un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso diversa categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo restando l'obbligo di provvedere all'adeguamento del premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

L'Assicurato deve informare gli Assicuratori delle eventuali variazioni del rischio che comportano mutamento verso diversa categoria assicurabile, a mezzo compilazione, sottoscrizione ed invio al Broker dell'apposito modulo, entro 30 (trenta) giorni dalla data di variazione. In tal caso l'Assicurazione è operante a decorrere dalla data di variazione del rischio; diversamente, in caso di comunicazione tardiva, l'Assicurazione è operante dalle ore 24.00 della data di ricezione della comunicazione da parte del Broker.

Art. 12 – Durata dell'Assicurazione

Il primo Periodo di Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura, se il premio risulta corrisposto; diversamente decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento. Ai fini della individuazione della corretta decorrenza del Periodo di Assicurazione fa fede esclusivamente la data ordine bonifico, sempre che il Broker abbia ricevuto la copia della disposizione di pagamento unitamente al Modulo di Proposta, regolarmente compilato e sottoscritto.

Il primo Periodo di Assicurazione termina alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese corrispondente al mese di sottoscrizione dell'anno successivo.

Per le modalità di attivazione dell'Assicurazione si vedano l'appendice "Disciplina delle Adesioni" ed il Modulo di Proposta.

Art. 13 – Modalità del rinnovo – Rescindibilità annuale

Il contratto s'intende automaticamente rinnovato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 12.

Il rinnovo è però condizionato al ricorrere delle seguenti condizioni:

1. che alla predetta data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori, oppure di fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti in questa assicurazione;
2. che l'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta allegato a questo Certificato non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da questi espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora una o entrambe le condizioni suddette non corrisponda a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza e gli Assicuratori avranno diritto di confermare il rinnovo oppure di annullarlo con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato diversi termini di rinnovo del contratto. Entrambe le condizioni 1 e 2 che precedono si intendono tacitamente confermate se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (aggravamento del rischio). *(Si veda l'articolo 1).*

Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio, l'Assicurato può farne comunicazione agli Assicuratori almeno 15 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione e gli Assicuratori, se ricorrono le condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, sono tenuti a ridurre il premio della proroga e rinunciano alla facoltà di recesso prevista dallo stesso articolo.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Art. 14 – Oneri fiscali

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

Art. 15 – Coesistenza di altre Assicurazioni – Secondo rischio

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a secondo rischio, ossia solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale indicato nella Scheda di Copertura.

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.

Articolo 16 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Corrispondente dei Lloyd's.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

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

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. (Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 8.a)

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.

In caso di sinistro, nei casi previsti dal CCNL di riferimento, l'Assicurato ha l'obbligo di richiedere al proprio Ente di appartenenza l'attivazione del patrocinio legale obbligatorio. Il tutto fatto salva l'operatività di polizza ed il diritto alle spese di difesa da parte dell'Assicurato stesso.

Art. 17 – Spese legali e gestione delle vertenze

Gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura, ma entro il limite del 25% (venticinque percento) del Massimale medesimo, le spese legali sostenute dall'Assicurato nella propria difesa in caso di Sinistro, inclusa, laddove previsto dalle leggi vigenti, la quota a carico dell'Assicurato delle spese di conciliazione.

Resta comunque facoltà degli Assicuratori di assumere, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali, tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, né delle spese di giustizia penale.

Art. 18 - Surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Art. 19 – Forma delle comunicazioni – Variazioni della polizza

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione della Polizza deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Art. 20 – Clausola Broker / Lloyd's Correspondent

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

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

- a. Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker o Agente di Assicurazioni al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato.

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

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

Art. 21 – Norme di legge

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

Art. 22 – Conclusione e durata dell'Assicurazione

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurando sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Proposta (articolo 1 e 2).

Le parti concordano che le attività di:

1. Registrazione dei propri dati personali;
2. Elaborazione dell'indicazione di premio;
3. Accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di premio ed al sistema di preventivazione online

costituiscono invito a stipulare il contratto di Assicurazione rivolto dall'Assicurando agli Assicuratori. Il contratto di Assicurazione si intende concluso nel momento della ricezione da parte dell'Assicurando del relativo Certificato di copertura.

Il primo Periodo di Assicurazione decorre dal giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio risulta corrisposto entro i 10 giorni lavorativi successivi alla richiesta di copertura scritta inviata agli assicuratori e termina alle ore 24 della data di scadenza inserita in polizza;

Tuttavia, se il Premio risulta corrisposto successivamente ai 10 giorni lavorativi successivi alla richiesta di copertura scritta inviata agli assicuratori, l'Assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 23 – Recesso per ripensamento

Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, per il tramite del Broker. Il termine che precede decorre dal giorno dalla ricezione, da parte del Contraente, della Scheda di Copertura.

Qualora il Contraente eserciti il diritto di recesso per ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del Premio versato (incluse le imposte).

Art. 24 – Condizione risolutiva del contratto di Assicurazione

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web del Broker deve pervenire agli Assicuratori entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti 1), 2), 3) dell'Articolo 22.

La mancata ricezione da parte degli Assicuratori del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione di Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione dalla data di decorrenza della polizza:

- A. Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta di cui ai punti 1), 2) e 3) dell'Articolo 22.
- B. Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta
- C. Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta
- D. Assenza di domande inevase
- E. Dichiarazione dell'Assicurato di NON essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze.

In caso di risoluzione dell'Assicurazione il proponente ha diritto esclusivamente alla ripetizione del premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Ciascuno degli articoli che segue è operante soltanto se espressamente richiamato nella Scheda di Copertura

Articolo 25 – Garanzia – RC Amministrativa

Si prende nota che diversamente da quanto stabilito dai termini, le esclusioni, le disposizioni e le condizioni nella polizza o nelle modifiche successive, e soggetto al pagamento da parte dell'Assicurato del premio addizionale concordato, questa assicurazione e' estesa alla copertura dei sinistri come definiti all'Articolo 3 derivanti dalla Responsabilita' Amministrativa dell'Assicurato.

Le seguenti modifiche si applicano al testo di polizza:

- a. Una definizione addizionale e' inclusa all'Articolo 3:
"Responsabilita' Amministrativa" la responsabilita' gravante sull'Assicurato che, avendo disatteso obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una Perdita Patrimoniale all'Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, piú in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.
- b. L'esclusione 8 t) e' da considerarsi eliminata.

Fermo ed invariato il resto.

CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Si conviene che la presente Assicurazione sar  regolata esclusivamente dal diritto e dagli usi italiani}, e le eventuali controversie insorte da, o in relazione a, la presente Assicurazione saranno soggette alla giurisdizione esclusiva di un tribunale competente italiano.

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a proprio carico in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

***Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Corso Garibaldi 86
20121 Milano***

il quale   a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della societ .

Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

LBS0006
01/01/2019

TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n° 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), la Stazione Appaltante, l'Appaltatore, il Corrispondente dei Lloyd's e l'eventuale Ditta di Brokeraggio assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima L. 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti riguardanti la tracciabilità dei flussi finanziari

La Stazione Appaltante, l'Appaltatore, il Corrispondente dei Lloyd's o l'eventuale Ditta di Brokeraggio e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla L. 136/2010 deve manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, la Stazione Appaltante e/o l'Appaltatore, e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

NOTA DI RECLAMI - ITALIA

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio 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.

Conferma scritta di ricezione del reclamo sarà inviata entro cinque (5) giorni lavorativi dalla presentazione dello stesso. La relativa decisione in merito sarà fornita per iscritto all'assicurato entro quarantacinque (45) giorni lavorativi dalla presentazione del reclamo.

In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) giorni lavorativi dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 o +39 06 42133 353
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:
www.ivass.it

In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente
www.ec.europa.eu/odr.

Le modalità di gestione dei reclami sopra descritte non pregiudicano il diritto dell'assicurato di intentare un'azione legale o una procedura alternativa per la risoluzione delle controversie in applicazione dei propri diritti contrattuali.

LBS0011
01/01/2019

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLE SANZIONI ECONOMICHE

In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possano esporre i medesimi a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Giappone, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America

15/09/10
LMA3100

ESCLUSIONE DEI RISCHI DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DEI DANNI CAGIONATI DA IMPIANTI NUCLEARI ESPLOSIVI

Esclusione di contaminazioni radioattive e assemblaggio di esplosivi nucleari

Questa polizza non copre:

- a) Perdita o distruzione o danno di qualsiasi proprietà o perdita o spesa che risulti o derivi da quanto sopra o qualsiasi perdita che ne consegue;
- b) Qualsiasi responsabilità legale di qualsiasi natura
Direttamente o indirettamente causata da o che abbia contribuito o derivi da:
 - i) Radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da carburante nucleare o da rifiuti nucleari derivanti dalla combustione di carburante nucleare
 - ii) Le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre caratteristiche pericolose di qualsiasi assemblaggio di esplosivi nucleari o delle sue componenti nucleari

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE

Riguardo ai tuoi dati personali

Chi siamo

La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A., identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

Principi fondamentali

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all'assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge.

Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull'assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato.

In alcuni casi sarà necessario il consenso dell'assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente. L'assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un'e-mail all'indirizzo data.protection@lloyds.com (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirvi di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati.

Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all'assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell'ambito del settore assicurativo, ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all'applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all'individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all'assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura richiesta o permessa dalla legge.

Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti

Qualora l'assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

Servono maggiori informazioni?

Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell'assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels ovvero in altri formati su richiesta.

Contattaci e i diritti dell'assicurato

L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre

modalità di utilizzo dei dati ovvero richiedere una copia della nostra informativa completa sulla privacy, lo invitiamo a contattarci, o in alternativa a contattare l'agente o il broker assicurativo che si è occupato della polizza ai seguenti recapiti:

Morganti Insurance Brokers Srl, Viale dante 17, 23900, Lecco

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.

LBS0046
01/01/2019

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 679/2016

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) valutazione della eleggibilità per concedere la polizza da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's"): la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale; nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso
- b) espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale
- c) Previo suo consenso, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi; la base giuridica del trattamento è il consenso

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

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

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

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

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;

- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, per che per conto dei Lloyd's effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali. Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email servizioclienti@lloyds.com. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

7. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

Il Responsabile della protezione dei dati è *{Missing}*.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute¹;

Luogo

L'interessato

Data

Nome e Cognome leggibili

Firma

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

Luogo

L'interessato

Data

Nome e Cognome leggibili

Firma

¹ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati particolari (relativo alla salute), Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

25/05/2018
LSW1818B-12

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara:

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

Art. 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Art. 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Art. 8	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.a)
Art. 12	Durata dell'Assicurazione
Art. 13	Modalità del rinnovo automatico – Rescindibilità annuale
Art. 15	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Art. 16	Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Art. 20	Clausola Broker

ASSICURATO/CONTRAENTE

MORGANTI INSURANCE BROKERS SRL
Viale Dante 17, Lecco, 23900
T. 0341.287278 – F. 0341.286684

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desidera inserire in polizza:

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO:**

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 1,500,000 EUR 3,000,000 EUR 5,000,000

In caso di estensione alla "Responsabilità Amministrativa", il massimale prescelto deve intendersi unico e cumulativo per tutte le garanzie di polizza.

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA':** 10 Anni

(c) Il proponente richiede l'estensione di copertura "responsabilità amministrativa"? Sì No

(d) **DATA DI DECORRENZA(***):** indicare il periodo di polizza richiesto: ____/____/____ - ____/____/____

(***)= La data di decorrenza prescelta deve essere compresa tra i 30 giorni antecedenti ed i 30 giorni successivi alla data di sottoscrizione del presente Modulo

04. SINISTROSITA' PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento*, come definite di seguito, nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? Sì No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di poter cagionare richieste di risarcimento* come definite di seguito. Sì No

***Richiesta di risarcimento:**

Richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze: Quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'assicurato:

- i. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui, e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;*
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;*
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;*
- iv. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è oggetto di una Richiesta di Risarcimento da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;*
- v. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;*
- vi. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;*
- vii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;*
- viii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.*
- ix. il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione*

- x. *la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa la volontà di ritenerlo responsabile per colpa grave;*
- xi. *La sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, penale o Civile.*
- xii. *La comunicazione fatta dall'Ente di appartenenza o dall'Assicurazione dell'Ente di appartenenza in accordo con l'Art.13 L.24/2017 del 08/03/2017".*

Non è considerata Comunicazione Formale della Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza la richiesta di relazione tecnico sanitaria.

IN CASO AFFERMATIVO, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili;

05. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara:

- a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
- b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione;
- c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa;
- d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura.

Firma:

Data:

Nome (in maiuscolo):

Qualifica:

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

- 3 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**CLAIMS MADE**», a coprire i Sinistri fatti per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione.
- 4 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa polizza:

Articolo 1 Dichiarazioni
 dell'Assicurato

Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 8	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> – 8 a,b,c)
Articolo 13	Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale
Articolo 15	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 16	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.
Articolo 20	Clausola Broker

Firma:

Data:

.....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP (ora IVASS)

Firma:

Data:

.....

Nome (in maiuscolo):

-
- Con l'adesione conferisco mandato al Broker di intermediare il premio per le polizze assicurative delle quali richiedo l'emissione;
 - Confermo di aver preso visione del Modello 3;
 - Confermo di aver preso visione del Modello 4;
 - Confermo di aver preso visione dell'Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo dei dati personali e di autorizzare il trattamento dei miei dati personali;

Firma:

Data: