

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO**, contenente:

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

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa e' redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non e' soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP (ora IVASS).

IL CONTRAENTE DEVE PRENDERE VISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA

1. Informazioni generali

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

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

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

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

- b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro dei Lloyd's..
- c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.

- d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet dei Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.com.
- e. I membri dei Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n° I.00008 dell'elenco dell'Ivass delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

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

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

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

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

** Exchange rate at 31.12.2015: EUR 1,00 = GBP 0,73529 (source: London Financial Times)

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

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds>
(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).

A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

- Il contratto di assicurazione della responsabilità civile del medico (d'ora in avanti "contratto di assicurazione") può – a scelta del proponente - prevedere il rinnovo automatico oppure terminare alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza. La presenza o meno del rinnovo automatico è indicata nella scheda di copertura.

AVVERTENZA: Ove sia stato previsto il rinnovo automatico dell'assicurazione, ognuna delle Parti ha facoltà di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di scadenza del contratto stesso.
Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 16 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

- Gli assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.
- L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di Medico che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto degli articoli 5 e 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

AVVERTENZA: LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:
L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Efficacia della polizza.
Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento riconducibili a comportamenti dolosi o ad attività abusive. Altre cause di esclusione sono elencate all'articolo 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.
CONDIZIONI DI SOSPENSIONE DELLA GARANZIA CHE POSSANO DAR LUOGO ALLA RIDUZIONE O AL MANCATO PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO:
Il mancato pagamento del premio sospende la copertura assicurativa.
Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 14 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: FRANCHIGIA: costituisce la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Se prevista, la franchigia viene evidenziata nella scheda di copertura.
Esemplificazione numerica del funzionamento della FRANCHIGIA
L'assicurato viene condannato a risarcire ad un cliente EUR 15.000. Il contratto di assicurazione prevede – in questo esempio -una franchigia per sinistro di EUR 1.000. L'assicurazione paga all'assicurato la differenza tra la somma che questo è tenuto a risarcire al cliente (EUR 15.000) e la franchigia (EUR 1.000). Questa parte di danno rimane pertanto a carico dell'assicurato.

AVVERTENZA: MASSIMALE: rappresenta la somma totale che gli Assicuratori mettono a disposizione dei danneggiati per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri relativi a uno stesso Periodo di Assicurazione. Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 5 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

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

AVVERTENZA: dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita parziale o totale del diritto al risarcimento. Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 2 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: Il contratto di assicurazione e' nullo quando ricorrono uno o piu' presupposti previsti dall'articolo 1418 Codice Civile, ad esempio perche' l'oggetto del contratto e' impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

- Il contratto di assicurazione non prevede l'obbligo di comunicare agli assicuratori diminuzioni o aggravamenti del rischio conseguenti a disposizioni di legge o di regolamenti.
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 13 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.
- Esempio di circostanza che diminuisce il rischio: promulgazione di una legge che sollevi il medico dall'obbligo di ottenere il consenso informato in forma scritta (si precisa che questo esempio non e' reale – si tratta solamente di un'ipotesi astratta).

6. Premi

- Le modalita' e la tempistica di pagamento del premio e' indicata nella scheda di copertura che forma parte integrante del contratto di assicurazione.

7. Rivalse

AVVERTENZA: il contratto di assicurazione non prevede ipotesi nelle quali gli assicuratori intraprendono azione di rivalsa nei confronti dell'assicurato. Resta fermo il diritto degli assicuratori che abbiano pagato il danno di agire - nei limiti dell'ammontare sborsato – nei confronti dei terzi responsabili del danno stesso (diritto di surrogazione, disciplinato dall'articolo 1916 Codice Civile). Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo 20 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA: il contratto di assicurazione prevede due ipotesi nelle quali le parti possono esercitare il diritto di recesso:

1. in caso di sinistro
2. prima di ogni scadenza annuale laddove il contratto sia stato concluso con la previsione del rinnovo automatico.

Per maggiori dettagli circa i termini e le modalita' di esercizio del diritto di recesso si rimanda al contenuto degli articoli 16 e 19 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

- Terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo degli assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potra' esser loro denunciato.
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 4 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

10. Legge applicabile al contratto

- Per l'interpretazione del contratto di assicurazione si fa riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana (vedasi articolo 23 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE).

11. Regime fiscale

- Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato (vedasi articolo 15 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE)

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: L'assicurato deve fare denuncia scritta agli assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne e' venuto a conoscenza.
Per maggiori dettagli circa le procedure liquidative si rimanda al contenuto dell'articolo 18 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

13. Reclami

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:
Servizio Reclami
Ufficio Italiano dei Lloyd's
Corso Garibaldi, 86

20121 Milano
Italia
Fax no.: +39 02 6378 8857
E-mail: servizio reclami@lloyds.com o
servizioreclami@pec.lloyds.com

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

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

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

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

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

http://www.ivass.it/ivass/impresе_jsp/PageGenerica.jsp?numObj=191573&nomeSezione=PER_IL_CONSUMATORE

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

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

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

01/10/2015
LSW1862-12

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

Il Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's

Vittorio Scala



GLOSSARIO

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

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;

Assicuratori: alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.

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

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

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

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

Contraente: Il soggetto che stipula il Contratto d'Assicurazione ed il cui interesse può essere protetto dall'Assicurazione;

Corrispondente dei Lloyd's: la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.

Danno/Danni: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).

Data di Effetto la data indicata nelle Scheda di Copertura

Evento Dannoso: il ricevimento da parte dell'Assicurato di un invito a dedurre o di una citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti

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

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

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

Massimale: la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per 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: documento compilato e firmato dall'Assicurato che contiene tutti gli elementi necessari per la sottoscrizione del rischio e che fa parte integrante della polizza.

Modulo e Scheda di Copertura Modulo: il documento, annesso al Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

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

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

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 documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

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

Scoperto: Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso;

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

Sinistro: la richiesta di risarcimento presentata dall'Assicurato ai termini di polizza in seguito al verificarsi di un Evento Dannoso.

Struttura sanitaria pubblica: l'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale.

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

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE È PRESTATO NELLA
FORMA
« CLAIMS MADE »
Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18**

Articolo 1 **DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 a) di avere un contratto di lavoro a tempo pieno presso una Struttura Sanitaria Pubblica,
b) di esercitare la propria attività professionale prevalentemente, ma non esclusivamente alle dipendenze della suddetta Struttura Sanitaria Pubblica,
c) di esercitare la propria attività professionale in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti della Struttura Sanitaria di Appartenenza,
d) di aver ottenuto regolare abilitazione o iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti,
e) che tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 che l'attività svolta in regime "extramurario" è minima rispetto all'attività svolta come dipendente con contratto di lavoro a tempo pieno presso una Struttura Sanitaria Pubblica;
- 1.3 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Articolo 2 **RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE**

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

Articolo 3 **DEFINIZIONI**

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

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Corrispondente dei Lloyd's	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.

Coverholder	Furness Underwriting Limited.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
Ferite Traumatiche Minori	qualsiasi asportazione, incisione, drenaggio e raschiamento della pelle, lesioni sottocutanee con diametro inferiore a 5 centimetri, sbrigliamento di ascessi, foruncoli o fistole, che possono essere condotte in anestesia locale
Ferite Traumatiche Maggiori	ogni ferita che non rientra nella definizione di Ferite Traumatiche Minori.
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 a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati in uno stesso Periodo di Assicurazione, ed indipendentemente del numero di Sinistri dichiarati.
Durata del Contratto	il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Copertura.
Periodo di Assicurazione	se la Durata del Contratto è inferiore o uguale a 18 (diciotto) mesi, il Periodo di Assicurazione coincide con tale durata. In caso contrario, il Periodo di Assicurazione corrisponde separatamente a ciascuna annualità della Durata del Contratto, distinta dalla precedente e dalla successiva annualità. Il primo Periodo di Assicurazione ha effetto alla data e all'ora d'inizio della Durata del Contratto.
Struttura Sanitaria Pubblica	l'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale.
Attività Extramuraria	attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> • con riferimento all'attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica (attività extramuraria): <ol style="list-style-type: none"> 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, errore o omissione;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- con riferimento all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale:
il ricevimento da parte dell'Assicurato di un invito a dedurre o di una citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti.

Loss Adjuster

il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri rientranti in questa assicurazione.

Polizza

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

Modulo e Scheda di Copertura

i documenti, annessi a questa polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Atti Invasivi

intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma “*claims made*”, ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano articoli 10.1 e 18).*

Se la Scheda di Copertura non stabilisce diversamente, la data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del primo Periodo di Assicurazione, retrodatati di 2 (due) anni.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto ed alle condizioni tutte di cui alla presente Assicurazione, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «*claims made*» *(si veda articolo 4)* e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato:

- **lett. A) con riferimento all'attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica (attività extramuraria):**

di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio.

di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare :

- a) agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
- b) all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

- **lett. B) con riferimento all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale:**

di ogni somma che questi sia tenuto a versare esclusivamente a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

Articolo 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella 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.

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa dell'Assicurato, purché questi venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

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

Articolo 7 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. 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 conviva;
- 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 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per i Sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Sinistri derivanti da 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.

Articolo 9 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci 9.1 e 9.2 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- 9.1 In riferimento all'oggetto di cui all'art. 5, lett. A) l'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici oppure nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di cliniche private, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- 9.2 In riferimento all'oggetto di cui all'art. 5 lett. B) l'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato, secondo quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti. L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi per colpa grave, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.
- 9.3 L'assicurazione comprende, fatta salva la distinzione di cui agli art. 5, 9.1 e 9.2:
 - I) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 20;
 - II) i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
 - III) i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
 - IV) le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di € 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione;
 - V) la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;
 - VI) la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in generale;
 - VII) la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle

persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino.

Articolo 10 ESCLUSIONI

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

- a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- b. le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

10.2 Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) in relazione 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;
- d) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- e) per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- f) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i) 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);
- j) relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) 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;
- l) relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) 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) conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

- o) 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 i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive.
- p) 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) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente e/o committente;
- r) derivanti da attività invasiva, diagnosi prenatale, mancata e/o tardiva diagnosi prenatale, ecografie prenatali, diagnosi di tumore, mancata e/o tardiva diagnosi di tumore esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica.

Articolo 11 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 12 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo. Inoltre, con effetto dalla stessa data di scadenza, alle stesse condizioni e per la durata di 2 (due) anni, senza nessun premio aggiuntivo, entra automaticamente in vigore l'estensione alla copertura di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante l'ultimo Periodo di Assicurazione, purché le conseguenti richieste di risarcimento siano fatte per la prima volta contro l'Assicurato e da lui debitamente denunciate agli Assicuratori nel corso di tale durata di due anni. Gli Assicuratori risponderanno fino a concorrenza del Massimale convenuto, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti all'intera durata di due anni, terminati i quali l'assicurazione cessa definitivamente.

Qualora il Periodo di Assicurazione in corso sia superiore a 12 mesi, la suddetta durata di due anni è automaticamente ridotta, di modo che sommando la durata dell'ultimo Periodo di Assicurazione a quella dell'estensione suddetta si abbia come risultato 36 mesi complessivamente.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano gli articoli 10.1 e 18).*

Nelle circostanze precisate al primo comma di questo articolo, l'Assicurato può richiedere che l'estensione sopra prevista sia riferita anche alla copertura di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data d'inizio dell'ultimo Periodo di Assicurazione. In tal caso, se l'Assicurato non ha mai subito sinistri, gli Assicuratori avranno l'obbligo di prestare tale copertura a condizioni e premio da concordare in base a informazioni aggiornate che l'Assicurato sarà tenuto a fornire. Se l'Assicurato ha subito sinistri, gli Assicuratori non avranno tale obbligo.

In caso di cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere sopraggiunte durante il Periodo di Assicurazione in corso, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo, a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili, e anche l'estensione contemplata in questo articolo si trasferisce a loro favore.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 19 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 00.01 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA

Ove nella Scheda di Copertura sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Copertura, Il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Clausola della proroga automatica dell'assicurazione

Il contratto s'intende automaticamente prorogato, 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 14.

La proroga è però condizionata al ricorrere delle seguenti circostanze essenziali :

1. che alla predetta data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di sinistri, così come definiti in accordo con il testo di polizza, che debbano essere denunciati agli Assicuratori;
2. che l'attività professionale dichiarata nella Proposta presentata agli Assicuratori insieme alla richiesta di emissione non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora taluno dei punti 1 e 2 che precedono 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 la proroga oppure di annullarla con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato i termini di rinnovo del contratto.

Ciascuno dei punti 1 e 2 che precedono s'intende tacitamente confermato 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. Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 19 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire 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, 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.

Articolo 18 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 10.1).* Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, 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 19 FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 20 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 21 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 dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia.

Articolo 22 **CLAUSOLA BROKER DI ASSICURAZIONE**

Con la conclusione del presente contratto l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazione 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:

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

Ogni comunicazione fatta dal Broker di Assicurazione o Corrispondente dei Lloyd's al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

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

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

Articolo 23 **NORME DI LEGGE**

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

Articolo 24 **CLAUSOLA DI NOTIFICA DEI RECLAMI**

Ferme restando le disposizioni di cui agli articoli del presente Contratto di Assicurazione, nonché le leggi vigenti in Italia, si informa l'Assicurato che gli eventuali reclami inerenti la gestione del presente contratto potranno essere inviati al seguente indirizzo email: assistenza@furnessinsurance.com.

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

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

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 16	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Articolo 19	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 22	Clausola Broker/Agente

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

**Responsabilità civile del Dipendente del SSN che esercita l'attività in regime extramurario
Modulo di Proposta**

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma 1 Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

Il Contraente dichiara che l'attività svolta in regime extramurario è minima rispetto all'attività svolta come dipendente con contratto di lavoro a tempo pieno presso una Struttura Sanitaria Pubblica.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome 1.B Cognome

1.C Città 1.D Provincia 1.E CAP

1.F Indirizzo 1.G Partita Iva/Codice Fiscale

1.H Denominazione Ente di appartenenza

1.I Telefono cellulare +39 1.J Indirizzo email

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale?

2.B Assicuratori 2.C Data di scadenza ultima copertura

2.D Franchigia 2.E Numero di anni di copertura continua

2.F Massimale

3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Massimale per sinistro ed in aggregato annuo € 5.000.000,00

3.B Franchigia per ogni e ciascun sinistro € ZERO

3.C Periodo di retroattività 10 ANNI

3.D Indicare le specializzazioni esercitate dal Proponente:

<input type="checkbox"/> Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Andrologia	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto	<input type="checkbox"/> Oftalmologia
<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/> Igiene e medicina preventiva	<input type="checkbox"/> Ortognatodonzia con implantologia/Odontoiatria
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Immunologia	<input type="checkbox"/> Ortognatodonzia senza implantologia/Odontoiatria
<input type="checkbox"/> Biologia	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Malattie infettive	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Patologia clinica
<input type="checkbox"/> Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/> Medicina dello sport	<input type="checkbox"/> Pediatria esclusi paz. primi 60 gg
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/> Medicina di base	<input type="checkbox"/> Pediatria inclusi paz. primi 60 gg
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Medicina di comunità	<input type="checkbox"/> Psichiatria/Clinica Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo facciale	<input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/> Psicologia clinica
<input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Medicina generale	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Medicina interna	<input type="checkbox"/> Reumatologia
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Medicina legale	<input type="checkbox"/> Scienza della alimentazione/Dietologia
<input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Tossicologia medica
<input type="checkbox"/> Ematologia	<input type="checkbox"/> Medicina tropicale	<input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> Endocrinocirurgia	<input type="checkbox"/> Medico abilitato non specializzato	<input type="checkbox"/> Veterinaria
<input type="checkbox"/> Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Epatologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	
<input type="checkbox"/> Farmacologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	

3.E Il Proponente conferma di aver ottenuto una o più specializzazioni post-laurea?

<p>3.F Il Proponente richiede l'estensione all'attività extramuraria?</p> <p>in caso di risposta affermativa rispondere alle seguenti domande:</p> <p>- Il Proponente richiede l'estensione all'attività invasiva relativamente all'attività extramuraria?</p> <p>- La specializzazione del Proponente è tra le seguenti: Cardiologia, Cardiocirurgia, Neurologia, Neurochirurgia?</p> <p>in caso di risposta affermativa: Limitatamente all'attività libero-professionale svolta in regime extramurario, il Proponente conferma di non aver formulato diagnosi, negli ultimi 10 anni, basate su strumenti e/o tecniche di diagnostica per immagini?</p>	<table style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">si</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">no</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">si</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">no</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">si</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">no</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">si</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">no</td> </tr> </table>	si	no	si	no	si	no	si	no
si	no								
si	no								
si	no								
si	no								
4. SINISTROSITÀ PREGRESSA									
<p>4.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni?</p> <p>4.B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti?</p> <p>! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Modulo Informazioni Sinistro)</p>	<table style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">si</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">no</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">si</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">no</td> </tr> </table>	si	no	si	no				
si	no								
si	no								
<p>DICHIARAZIONE Il Sottoscritto/Proponente dichiara:</p> <p>a) di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione; b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete; c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale; d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;</p> <p>! di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'IVASS.</p>									
Firma	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>								
<p>Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato</td> <td style="width: 50%;">Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)</td> </tr> <tr> <td>Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)</td> <td>Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro</td> </tr> <tr> <td>Art. 10 - Esclusioni</td> <td>Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro</td> </tr> <tr> <td>Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione</td> <td>Art. 22 - Clausola Broker</td> </tr> </table>		Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato	Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)	Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)	Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	Art. 10 - Esclusioni	Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro	Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione	Art. 22 - Clausola Broker
Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato	Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)								
Art. 4 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)	Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro								
Art. 10 - Esclusioni	Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di sinistro								
Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione	Art. 22 - Clausola Broker								
<p>Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.</p>									
Firma	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>								
Data	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> / / </div>								