

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

INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

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

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi

presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

- b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro di Lloyd's.
- c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.
- d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet di Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.com.
- e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n° 1.00008 dell'elenco dell'Isvap (ora 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 Prudential Regulation Authority, con sede in 20 Moorgate, London EC2R 6DA.

2. 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

** Tasso di cambio al 31.12.2015: EUR 1,00 = GBP 0,73529 (fonte: 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 – 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 12 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

- Gli assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare a terzi, 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 7 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 d 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 7 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 11 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 e' 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.

2. 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).

3. Aggravamento e diminuzione del rischio

o 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.

o Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 10 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).

4. Premi

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

5. 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 17 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

6. 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 9 e 15 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 20 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE).

11. Regime fiscale

- Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato (vedasi articolo 13 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 15 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: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà 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/impreses.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.

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 nella 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 MEDICO OSPEDALIERO ED ALTRO PERSONALE SANITARIO NON MEDICO

SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATO NELLA FORMA «CLAIMS MADE»

Si vedano gli articoli 4, 7, 15

Articolo 1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la stipulazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di medico, o di soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta 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, in relazioni alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico, alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza, inclusa ogni attività professionale esercitata alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza e ogni altra attività professionale esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti della Struttura Sanitaria di Appartenenza;

1.3 di non essere a conoscenza di fatti, e/o circostanze che abbiano determinato o che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento da parte di Terzi, in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione oppure di essere a conoscenza di fatti e/o circostanze e di averne fatto menzione nel Modulo di Proposta, che abbiano determinato o che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento da parte di Terzi.

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 indennizzato dall'Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Ai fini dell'applicazione degli artt. 1892 e 1893 c.c. saranno considerate esclusivamente 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 della Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Assicurato	il soggetto che svolge o ha svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta.
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati.
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.
Intermediario di Assicurazione	L'intermediario assicurativo indicato 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 scaturiscono la Richiesta di Risarcimento.
Corrispondente dei Lloyd's	Assigeco Srl
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri indicato nella Scheda di Copertura
Massimale	la somma massima, indicata nella scheda di copertura, 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 nel Scheda di Copertura, fermo quanto previsto dall'art 10 del presente documento. 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	quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul 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, 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 destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito 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. l'azione di surroga esperita dall'Impresa di Assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza nei confronti del dipendente, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dal CCNL
Non è considerata Comunicazione Formale della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria;
 - xi. La sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, penale o Civile.

Sinistro

la Richiesta di Risarcimento 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.

Terzo

ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

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

Articolo 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 ai Fatti e/o alle Circostanze inoltrati per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciati agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro può essere loro denunciato.

La data di retroattività corrisponde al giorno indicato nella scheda di copertura.

Articolo 5 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale prescelto e riportato 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.

Articolo 6 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, 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 delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 - 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 30 (trenta) giorni;
- b. le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le 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.

Sono esclusi dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento:

- 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. fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- i. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- j. basate sulla pretesa mancata risponidenza 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. relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed 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. relativi 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. relativi a perdite o danni da furto o a 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 ad 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.
- U. per qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.

Articolo 8 - 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 9 - ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Nel caso di cessazione dell'attività professionale da parte dell'Assicurato durante la **Durata del Contratto** per morte, pensionamento, o per qualsiasi altro motivo, diverso dalla cancellazione o radiazione dall'Albo Professionale, su richiesta scritta e formale del Contraente e o degli eredi, l'assicurazione può essere estesa ai **Sinistri** notificati all'Assicurato e da questi denunciati agli **Assicuratori** nei 10 anni successivi alla scadenza dell'Assicurazione, purché afferenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di **Efficacia del Contratto**. In questo caso, gli **Assicuratori** rilasceranno una polizza analoga (o un'Appendice alla presente **Polizza**) della durata di 10 anni, a fronte del pagamento di un **Premio** "una tantum" equivalente al 200% dell'ultimo **Premio** annuo pagato.

Trascorsi 30(trenta) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato, salvo che l'Assicurato decida di sottoscrivere nuovamente l'Assicurazione in qualità di personale in quiescenza o cessato.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione

Articolo 10 - 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 prosegue senza alcuna variazione di Premio (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.

Articolo 11 – Durata dell'Assicurazione

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 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 12 - MODALITÀ DEL RINNOVO – RESCINDIBILITÀ ANNUALE

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 11.

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 presentato agli assicuratori insieme alla richiesta di emissione 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; in caso di comunicazione tardiva gli Assicuratori si riservano di procedere alla risoluzione del contratto ed alla restituzione del premio ove lo stesso sia già stato corrisposto.

Qualora la comunicazione venga inoltrata nei termini previsti, gli Assicuratori, per il tramite l'Intermediario e nel termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione della dichiarazione da parte dell'Assicurato, avranno diritto di confermare il rinnovo oppure di annullarlo con restituzione del premio, se questo è già stato riscosso, oppure di concordare con l'Assicurato diversi termini di rinnovo del contratto. In caso di accettazione del rischio da parte degli Assicuratori a diverse condizioni di Premio, l'Assicurato ha a disposizione ulteriori 5 (cinque) giorni dalla ricezione dell'offerta da parte degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle nuove condizioni di polizza, attraverso il pagamento del premio maggiorato o della maggiorazione del premio qualora il pagamento dello stesso sia già stato effettuato. In caso di mancata accettazione da parte dell'Assicurato, gli Assicuratori provvederanno alla restituzione del premio già corrisposto.

Entrambe le condizioni 1 e 2 che precedono s'intendono tacitamente confermate se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti.

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 o a mezzo fax da inviare per il tramite l'Intermediario all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Articolo 13 - ONERI FISCALI

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

Articolo 14 - 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 nel Modulo di Proposta e 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 15 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 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 30 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 7).*

Si richiama il secondo comma dell'articolo 14, 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 fatta salva l'operatività di polizza ed il diritto alle spese di difesa da parte dell'Assicurato stesso.

Articolo 16 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato, in aggiunta al Massimale stabilito riportato nel Modulo di Proposta e 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.

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.

Articolo 17 - 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.

Articolo 18 - 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

Articolo 19 - CLAUSOLA INTERMEDIARIO

Con la sottoscrizione del presente Polizza l'Assicurato conferisce all'Intermediario di Assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al Coverholder Assigeco S.r.l. l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

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

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 15 che resta invariato e confermato.

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

Articolo 20 - 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

CONDIZIONE PARTICOLARE

Garanzia operante soltanto se espressamente richiamato nella Scheda di Copertura

Art. 21 –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 questa assicurazione, e soggetto al pagamento da parte dell'Assicurato del premio addizionale concordato, 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 7.t) e'da considerarsi eliminata.

Fermo ed invariato il resto.

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 consegua;
- 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

NMA1622
04/04/1968

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE RISCHI GUERRA E TERRORISMO

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, Danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui gli Assicuratori eccepiscano l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Assicuratori graverà sull'Assicurato.

Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola

08.10.01 - NMA 2918

L'ASSICURATO

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'Art. 1322, 1341 e 1342 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 7	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 7.a)
Articolo 11	Durata dell'Assicurazione
Articolo 12	Modalità del rinnovo – Rescindibilità annuale
Articolo 14	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 15	Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 19	Clausola Intermediario

Firma:

- (a) Sono state avanzate richieste di risarcimento*, come definite di seguito, nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? Si No
- (b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di poter cagionare richieste di risarcimento* come definite di seguito. Si No

***Richiesta di risarcimento:**

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato :

- xii. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- xiii. la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

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;

(b) **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.
- e.

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 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione claims made - 10.1)
Articolo 16	Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale
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**

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):

.....