

CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE:
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

**IL PRESENTE SET INFORMATIVO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA
PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO.

VERSIONE 012019

Polizza di Responsabilità Civile Professionale
ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO

**QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATO NELLA FORMA
 «CLAIMS MADE»**

AVVERTENZA IMPORTANTE

Si noti che tutte le garanzie del contratto di assicurazione sono prestate nella forma "CLAIMS MADE" e sono operanti per le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE IN CORSO riferiti a fatti commessi dopo la data di retroattività se concessa e da lui denunciati agli Assicuratori durante il periodo di assicurazione. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale indicata nel Questionario con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; 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 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 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.

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione: (a) il Contraente stesso, (b) tutti i dipendenti del contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S.A..
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Mandatario	l'intermediario autorizzato ad operare con mandato scritto dall'assicuratore.
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
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. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Richiesta di risarcimento	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ol style="list-style-type: none"> 1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; 2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale.
Sinistro	la richiesta di risarcimento come sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
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.
Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
Franchigia	l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro incluse le spese di gestione del sinistro.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE" – RETROATTIVITÀ - LIMITI DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA)

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia copre le richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso, 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.

La presente polizza prevede un limite di indennizzo per sinistro e per periodo di assicurazione che viene indicato nella scheda di polizza. I sinistri risarcibili a sensi di polizza saranno soggetti a franchigia fissa minima di euro 500.00 per evento o come diversamente normata nella Polizza o nella Scheda di Copertura.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto, alle condizioni tutte, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 come stabilito nella Polizza o nella Scheda di Copertura, gli Assicuratori, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo precedente:

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

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 colposo, di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel Questionario e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli Assicuratori rispondono:

- a) dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta fermo restando che:

Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni o professionalità non rientranti specificatamente tra quelle indicate come assicurabili nel questionario, tutte le garanzie prestate dal presente contratto sono valide solo per l'attività indicata nella scheda di copertura.

Nel caso che l'Assicurato consegua una specializzazione o una professionalità durante il periodo di efficacia di polizza la stessa non rientrerà in alcun modo tra le attività oggetto di garanzia assicurativa salvo diverso accordo che dovrà risultare da apposita appendice.

- b) dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi.
- c) le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

5.2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato 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.

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 tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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.

Si precisa che, qualora il fiduciario legale della Compagnia si sia costituito in giudizio per conto dell'assicurato e, al termine del giudizio intrapreso da controparte, l'organo giudicante abbia respinto le richieste attoree con contestuale condanna al pagamento delle spese legali in favore dell'ente convenuto, l'assicurato si impegna, sin da ora, a cedere il relativo credito alla Compagnia che procederà direttamente al recupero delle somme indicate in sentenza.

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 convive;
- b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato, a condizione che queste siano regolarmente fatturate.

Articolo 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Europa. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi 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 questionario, 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** 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 di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- 9.2** L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-professionali demandate all'Assicurato nella sua qualità di consulente o collaboratore di strutture ospedaliere private, di cliniche private (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto privato debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi.
- 9.3** L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto privato a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi.
- 9.4** 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 quanto disposto dell'articolo 20 e dall'art. 10.2 lettera a, a condizione che la loro copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e specificamente indicata nella Scheda di Copertura;
- 9.5** I danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
- 9.6** I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Articolo 10 ESCLUSIONI

10.1 - Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "**claims made**", quale temporalmente delimitata nella 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;
- b.** i fatti e le richieste di risarcimento che fossero già note all'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;
- d.** i procedimenti penali;
- e.** i procedimenti per colpa grave davanti alla Corte dei Conti.

10.2 - Per ogni sinistro rimarrà a carico dell'Assicurato il relativo importo delle prestazioni professionali e, pertanto, la presente assicurazione non opera per la restituzione, da parte dell'Assicurato, dei compensi percepiti per trattamenti incongrui e/o inadeguati e/o infruttuosi.

10.3 - 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 o comunque diverse da quella/e indicata nel Questionario;

- 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, oppure se l'Assicurato non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel Questionario;
- 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 dall'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;
- l.** relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m.** conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- n.** 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 radiografi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radiattive;
- o.** 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;
- p.** derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- q.** che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Amministratore di struttura sanitaria o di Direttore Sanitario di strutture complesse a meno che questa garanzia non sia esplicitamente richiamata nella scheda di copertura e sia stato pagato il relativo premio;
- r.** 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;
- s.** derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario; qualsiasi danno derivante da responsabilità informatica - cyber liability - comunque intesa (come ad esempio, ma non limitatamente a, furto, perdita, divulgazione o manipolazione illecita di dati sensibili e/o informazioni riservate, violazione di proprietà intellettuale, diffusione di virus nei computer, spionaggio informatico comunque inteso, violazione della privacy, interruzione di servizio, etc).

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 CONDIZIONI RELATIVE AL MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Resta fra le parti inteso che sono operative le seguenti condizioni:

A. Polizza emessa in nome e per conto di un singolo ASSICURATO

1) In caso di morte dell'ASSICURATO e nel caso in cui il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dagli eredi dell'ASSICURATO presso un diverso ASSICURATORE, gli eredi avranno facoltà di richiedere agli ASSICURATORI, con comunicazione scritta ed inviata non oltre 30 (trenta) giorni dal verificarsi dell'evento e durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

2) Fermo quanto previsto sub 1), è inoltre facoltà dell'ASSICURATO, solo in caso di cessazione definitiva dell'attività (si intende il raggiungimento dei limiti minimi previsti dalle leggi e dai regolamenti), salvo i casi di cessazione del rapporto per radiazione o sospensione dall'Albo professionale, di richiedere agli ASSICURATORI, con comunicazione scritta ed inviata almeno 30 (trenta) giorni prima dal termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA, il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

B. Polizza emessa in nome e per conto di un'Associazione Professionale, di uno Studio Associato o di una Società

In caso di scioglimento, volontaria cessazione dell'attività, assorbimento o fusione dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società, volontaria o forzata messa in liquidazione della Società, cessione di un ramo d'azienda ad un TERZO, nel caso in cui il contratto non venga rinnovato da entrambe le parti e/o un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dall'ASSICURATO o dai suoi eredi presso un diverso ASSICURATORE, l'ASSICURATO ha la facoltà di acquistare un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle informazioni e valutazioni che gli stessi svolgeranno, sempreché sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI almeno 30 (trenta) giorni prima dal termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA. Sarà condizione per la richiesta del MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO che i singoli componenti dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato o della Società cessino definitivamente l'attività professionale (si intende il raggiungimento dei limiti minimi previsti dalle leggi e dai regolamenti) e ne consegua la cancellazione dal relativo albo, se previsto.

Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel MODULO/SCHEDA DI COPERTURA.

C. Il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO acquistato potrà essere successivamente esteso, a discrezione degli ASSICURATORI per un ulteriore periodo, sempre che sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI almeno 30 (trenta) giorni prima dal termine del MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO acquistato, la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno.

Articolo 13 VARIAZIONI DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento o cambiamento del rischio entro 10 giorni dalla conoscenza della condizione. Gli aggravamenti o cambiamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto. (Art. 1898 del Codice Civile).

Nel caso di diminuzione del rischio, gli Assicuratori si impegnano a ridurre il premio nella successiva annualità (Art. 1897 del Codice Civile).

Articolo 14 PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO.

Il premio è dovuto con periodicità annuale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.01 del giorno indicato nella Polizza/Scheda di Copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto 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 i PREMI o le rate di PREMIO successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art.1901 C.C.).

Se il premio non è pagato all'ufficio del Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's Insurance Company S.A. in Milano, oppure al Corrispondente di Lloyd's Insurance Company S.A. che gestisce il contratto entro 10 giorni dalla data in cui è emesso, lo stesso sarà da considerarsi nullo dall'origine.

I pagamenti si possono effettuare a mezzo di bonifico bancario o assegno.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 RINNOVO AUTOMATICO

La presente Polizza in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera, spedita entro e non oltre 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza viene rinnovata automaticamente per un ulteriore Periodo di Assicurazione di 12 mesi.

Nel caso in cui una Richiesta di risarcimento sia stata notificata agli Assicuratori, la Polizza non potrà essere rinnovata automaticamente.

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI COPERTURA A SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e/o gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 18 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Premesso che questa è un'assicurazione nella formula Claims Made, quale temporalmente delimitata nella presente Polizza/Scheda di Copertura si precisa che:

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 U.I.A. Underwriting Insurance Agency S.r.l., Corso Sempione, 61, 20149, Milano, tel. 020 54 122 532, email: sinistri@uiainternational.net. 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.

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.

In caso di Richiesta Di Risarcimento, l'Assicurato si impegna a non pregiudicare la posizione degli Assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.

a) Gli Assicuratori non potranno definire transattivamente alcuna Richiesta Di Risarcimento senza il consenso scritto dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli Assicuratori e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una Richiesta Di Risarcimento, l'obbligo risarcitorio degli Assicuratori per detta Richiesta Di Risarcimento non potrà eccedere l'ammontare con il quale la Richiesta Di Risarcimento avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i costi e spese maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel Scheda Di Copertura.

b) Nel caso che una Richiesta Di Risarcimento risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli Assicuratori e l'Assicurato si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia effettivamente coperto dalla presente Polizza.

Sulla base di questo accordo, gli Assicuratori anticiperanno costi e spese per la parte della perdita assicurata.

c) Gli Assicuratori si impegnano ad anticipare i costi e le spese sostenute prima della definizione della Richiesta Di

Risarcimento.

Tale anticipo di costi e spese come sopra definito, sarà restituito agli Assicuratori da parte dell'Assicurato in base ai rispettivi interessi, nel caso in cui quest'ultimo risulti non aver diritto all'indennizzo a termini della presente Polizza.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, gli Assicuratori potranno recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni da darsi mediante lettera raccomandata, rimborsando all'Assicurato la quota del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa l'imposta.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto degli Assicuratori non potranno essere interpretati come rinuncia degli Assicuratori a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 19 FACOLTÀ DI RECESSO

Gli Assicuratori e l'Assicurato potranno recedere dalla presente Polizza mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni.

In questo caso se il recesso è esercitato dagli Assicuratori, l'Assicurato avrà il diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto al netto delle tasse indicato nella Polizza/Scheda di Copertura. Se il recesso è esercitato dall'Assicurato il Premio rimarrà in ogni caso acquisito dagli Assicuratori.

L'eventuale rimborso sarà corrisposto all'Assicurato entro 30 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione.

Articolo 20 SURROGAZIONE

Per ogni pagamento effettuato a termini di questo contratto per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti gli Assicuratori si surrogheranno nei diritti di rivalsa dell'Assicurato per tali ammontari.

In tal caso l'Assicurato dovrà firmare tutti i necessari documenti e farà tutto quanto è necessario per formalizzare e conservare il diritto di surrogazione compresa la sottoscrizione di quegli atti che consentano agli Assicuratori di agire legalmente in luogo dell'Assicurato.

In caso di responsabilità solidale è fatto salvo per gli ASSICURATORI il diritto di regresso nei confronti degli eventuali corresponsabili.

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 dalle parti

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (APPLICABILE SE RICHIAMATA NEL CERTIFICATO)

Con la sottoscrizione della presente Polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nella Polizza/Scheda di Copertura di rappresentarlo ai fini della presente Polizza.

Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata all'Assicurato/Contraente;

b) ogni comunicazione effettuata dal broker dell'Assicurato/Contraente a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dall'Assicurato/Contraente stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla Società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente Polizza.

Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli Assicuratori;

b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Articolo 23 ESTENSIONE STUDIO ASSOCIATO O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

L'assicurazione può essere intestata ad un Studio Associato o Associazione Professionale sempre che gli Assicurati persone fisiche rientrino nelle condizioni previste alla voce SPECIALIZZAZIONI.

La presente estensione si intende operante sia per la garanzia di Rc Professionale che per la garanzia RCTO.

Nel caso di coesistenza di altra polizza assicurativa il presente contratto opererà a secondo rischio.

In ipotesi di altre forme societarie/giuridiche adottate dall'Assicurato, la polizza garantirà esclusivamente la Rc professionale del medico/i, persona/e, fisica/che identificati nella scheda di polizza.

Nel caso l'Assicurato sia uno Studio associato o Associazione Professionale, ai fini della garanzia RCTO, l'operatività del presente contratto è subordinata al fatto che tutti gli altri associati siano assicurati dalla presente polizza. Nel caso contrario la copertura avrà efficacia solo per la RC professionale.

Articolo 24 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE

In caso di sinistro ed in relazione alla norma che prescrive l'obbligo di esperire un tentativo amichevole di conciliazione in conformità al D.Lgs n°28/2010 da promuoversi a cura di una delle parti (paziente od assicurato) davanti ad uno degli Organismi a ciò preposti e prima di adire le vie legali, gli assicuratori decideranno nei termini previsti se partecipare o meno alla procedura.

Articolo 25 MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

L'assicurazione è estesa, se indicata nel Certificato di polizza e se pagato il premio aggiuntivo, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di medicina del servizio di emergenza sanitaria a seguito dell'esercizio della professione, così come normato da ACN a sensi dell'art. 8 D.lgs. n° 502/92, modificato da D.Lgs. n° 517/93 e n° 229/99 e smi:

- a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero con mezzo attrezzato (ambulanza e/o elisoccorso) secondo le norme vigenti in materia, trasferimenti compresi.
- b) attività assistenziali ed organizzative in occasioni di grandi emergenze.
- c) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza ed urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio, escluse le perdite patrimoniali.
- d) attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa.
- e) punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali.
- f) interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.

Articolo 26 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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.

Le Parti stabiliscono di comune accordo che per le vertenze che possano derivare dal presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo in cui il convenuto ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

Articolo 27 Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi 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;

In deroga, ad integrazione ed a maggior precisazione, si precisa che le seguenti attività, quando svolte da un medico dermatologo con le abilitazioni necessarie per legge, sono coperte dalla presente polizza:

1. asportazione di lesioni cutanee non neoplastiche, suscettibili di asportazione chirurgica
2. asportazione di lesioni cutanee neoplastiche benigne e maligne, compresi nevi, epitelomi e melanomi
3. attività diagnostica
4. crioterapia con azoto liquido e neve carbonica
5. test allergologici cutanei ed immunoterapia specifica
6. laser dermatologico
7. luce pulsata
8. radiofrequenza
9. fototerapia
10. dermoscopia
11. epidermo-dermoabrasione

12. quant'altro venga utilizzato in un ambulatorio di dermatologia
13. filler riassorbibili
14. iniezioni di tossina botulinica
15. bio-rivitalizzazione o bio-stimolazione cutanea
16. needling
17. iniezione cutanea di emoderivati
18. peeling con acido glicolico fino al 70% di ordine medico
19. acido piruvico fino al 50%
20. acido salicilico fino al 25%
21. peeling al TCA fino al 25%
22. peeling combinati e composti
23. quant'altro rientri nell'attività di dermatologia estetica e correttiva

Il Contraente

UIA Srl

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 2	Reticenze e dichiarazioni inesatte
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – retroattività – limiti di indennizzo – franchigia)
Articolo 7	Nozione di "terzo" o "terzi"
Articolo 8	Limiti territoriali
Articolo 10	Esclusioni
Articolo 11	Responsabilità solidale
Articolo 12	Condizioni relative al maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento
Articolo 13	Variazioni del rischio
Articolo 14	Periodicità e mezzi di pagamento del premio
Articolo 15	Oneri fiscali
Articolo 16	Rinnovo automatico
Articolo 18	Obblighi in caso di sinistro
Articolo 19	Facoltà di recesso
Articolo 20	Surrogazione

Il Contraente

GLOSSARIO

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

Consumatore:

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

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione:

- (c) il Contraente stesso,
- (d) tutti i dipendenti del contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

Assicuratori

Lloyd's Insurance Company S.A..

Broker/Agente di Assicurazioni

la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

Danno/Danni

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

Perdite Patrimoniali

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

Mandatario

l'intermediario autorizzato ad operare con mandato scritto dall'assicuratore.

Massimale

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

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. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Richiesta di risarcimento

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

1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale.

Sinistro

la richiesta di risarcimento come sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

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.

Scheda di Copertura

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

Franchigia

l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro incluse le spese di gestione del sinistro.

**Questionario per la richiesta di quotazione della
Responsabilità civile Professionale Medico Specialista,
Medico Neolaureato o specializzando, Operatore Sanitario non Medico**

Importante: Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo

Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)

- Medico Specialista
- Operatore Sanitario non Medico
- Medico Neolaureato e/o specializzando con sconto del 35% (*) (**)

() Tale agevolazione viene riconosciuta ai laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio è valido per i primi quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età*

1. INFORMAZIONI GENERALI

a) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale indicare:

Ragione Sociale: _____
 Codice fiscale / P. IVA: _____
 Data di costituzione: _____

Allegare elenco persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione completo di data di iscrizione all'albo

NOME E COGNOME	SPECIALIZZAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

b) Se il contraente è medico individuale indicare:

Cognome e Nome: _____
 Codice fiscale / P. IVA: _____
 Data di nascita / Luogo di nascita: _____
 Data iscrizione all'Albo _____

c) Dati generali:

Indirizzo: Via/Piazza/Corso: _____
 C.A.P./Località/Provincia: _____
 Indirizzo e-mail: _____
 N. Telefonico N. cellulare: _____

Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione

√	Medici Specializzati	√	Operatori Sanitari non medici
M	Allergologia e Immunologia Clinica	P	Analista al microscopio
M	Anatomia patologica	P	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
M	Andrologo	P	Community care (cure assistenziali)
M	Angiologia	P	Consulente della riabilitazione
M	Audiologia e foniatría	P	Dietologo/Nutrizionista/Dietista
M	Biochimica e chimica clinica	P	Epidemiologo
M	Biologia e specializzazioni varie	P	Fisico Medico
M	Cardiologia ambulatoriale senza atti invasivi	P	Ingegnere biomedico
M	Dermatologia e Venereologia	P	Logopedista
M	Diabetologia	P	Massoterapista/Massofisioterapista
M	Ematologia	P	Musico Terapista
M	Endocrinologia e malattie del ricambio	P	Operatori Socio Sanitari
M	Epatologia	P	Optometrista
M	Gastroenterologia ambulatoriale senza atti invasivi	P	Ortesista / Protesista
M	Geriatría	P	Ortopedista
M	Igiene e medicina preventiva	P	Ortottista - Assistente di oftalmologia
M	Immunologia	P	Paramedico
M	Infermiere diplomato/laureato	P	Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
M	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	P	Psicologia
M	Malattie infettive e/o malattie tropicali	P	Tecnico Addetto di Farmacia
M	Medicina aeronautica e spaziale	P	Tecnico Audiometrista
M	Medicina del lavoro	P	Tecnico Audioprotesista
M	Medicina dello sport – esclusi professionisti sportivi	P	Tecnico degli ultrasuoni
M	Medicina di base	P	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
M	Medicina d'urgenza senza atti invasivi	P	Tecnico di apparecchi acustici
M	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	P	Tecnico di camera iberbarica
M	Medicina generale	P	Tecnico di laboratorio
M	Medicina Interna senza atti invasivi	P	Tecnico di medicina nucleare
M	Medicina legale	P	Tecnico di Neurofisiopatologia
M	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche	P	Tecnico ECG
M	Medico codificatore di storia clinica del paziente	P	Tecnico ortopedico
M	Medico Farmacista	P	Tecnico prevenzione ambiente e sicurezza luoghi di lavoro
M	Medico Terapista della respirazione	P	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
M	Medico veterinario (no animali da allevamento e da competizione)	P	Terapista del lavoro
M	Nefrologia	P	Terapista della neuro e psico motricità età evolutiva
M	Neurofisiopatologo	P	Terapista occupazionale
M	Neuropsichiatria infantile ambulatoriale senza atti invasivi	P	Tossicologo ambientale

√	Medici Specializzati	√	Medicina Olistica
M	Oculista/Oftalmologo	O	Chiropratico
M	Oncologia ambulatoriale senza atti invasivi	O	Cosmetologo – escluso l'uso del laser
M	Otorinolaringoiatria	O	Dott in scienze motorie - Personal trainer
M	Patologia clinica	O	Fisioterapista
M	Pediatria d libera scelta esclusa neonatologia e rianimazione	O	Kinesiologo
M	Psichiatria/Clinica Psichiatrica	O	Massaggiatore
M	Psicologia clinica	O	Medicina Ayurvedica
M	Reumatologia	O	Medicina tradizionale Cinese
M	Scienza della alimentazione/Dietologia	O	Naturopata/Nutripuntore
M	Tossicologia medica	O	Omeopata
M	Urologia senza atti invasivi	O	Omotossicologo
		O	Osteopata
√	Medicina Olistica	O	Podologo
O	Agopunturista	O	Pranoterapeuta
O	Bionaturopata	O	Riflessologo

Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)

€250,000 €500,000 €750,000 €1,000,000 €1,500,000 €2,000,000

Franchigia ():** per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa di **€ 500,00**

Indicare se si richiede una franchigia maggiore € 1.000 (sconto 10%) € 2.500 (sconto 20%)

***N.B. per gli specializzandi lo sconto massimo applicabile sarà del 35%.**

Retroattività:

- da data di decorrenza
- 1 anno (senza sovra premio)
- 2 anni (senza sovra premio)
- 5 anni premio + 30%
- 10 anni premio + 40%

Garanzie aggiuntive:

- Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) premio Euro 180,00 e massimale fisso Euro 1.000.000,00
- Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento 50%)

2. SINISTRI E CIRCOSTANZE

NB: In caso di almeno una risposta affermativa prego compilare l'allegato 1

Il Proponente è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	<p style="text-align: center;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Se si allegare dettaglio</p>
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	<p style="text-align: center;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Se si allegare dettaglio</p>

3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

Esiste altra Polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) <i>Nome degli Assicuratori</i> _____ <i>Numero di polizza</i> _____ (b) <i>Massimale assicurato</i> € _____ (c) <i>Franchigia</i> € _____ (d) <i>Data di scadenza</i> _____ (e) <i>Numero di anni di copertura precedente continua</i> _____ Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio
Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si allegare dettaglio

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e in caso di studi associati o società a nome di tutti coloro che devono essere assicurati come da elenco allegato:

- di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi
- di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
- di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
- che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
- di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
- di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento IVASS n. 5/2006.
- Dichiaro di essere in possesso ed aver preso visione del set informativo e delle condizioni del contratto assicurativo al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.
- di aver preso atto che la polizza non prevede copertura assicurativa per attività con atti invasivi

Nome e Cognome/Ragione sociale : _____

Data : _____ **Firma** _____

ALLEGATO 1

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui al punto 2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA _____

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui al punto 2:

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall' Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell' Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato **Si** **No**
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si** **No**

Se si: Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

Condanna a (specificare) _____

Patteggiamento (specificare) _____

Assoluzione

Proscioglimento

Non luogo a procedere

Prescrizione

Amnistia e indulto

Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Underwriting Insurance Agency Srl.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____

ALLEGATO N°2**NO CLAIMS DECLARATION – DICHIARAZIONE ASSENZA SINISTRI**

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato ____/____/____, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma
