

**CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE:
MEDICI SPECIALISTI, MEDICI NEOLAUREATI e SPECIALIZZANDI,
VETERINARI, OPERATORI SANITARI non MEDICI**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione;**
- c) Glossario;**
- d) Modulo di proposta**

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA SCHEDA SINTETICA E
LA NOTA INFORMATIVA.**

**FASCICOLO INFORMATIVO_MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI_102018
(PI_MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI_102018)**

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- Ragione sociale: HCC International Insurance Company PLC
(nel seguito anche: l'"Assicuratore")
- Forma giuridica: Public Limited Company
- Gruppo di appartenenza: Gruppo HCC - HCC Insurance Holding Inc.
- Sede legale: 1 Aldgate, EC3N 1RE, Londra, Regno Unito
- Sede secondaria che conclude il contratto: HCC International Insurance Company PLC, Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Torino 2 – 20123 Milano Italia
- Telefono: Tel: +39 02 87387741
- Sito internet: <http://www.hccint.com>
- E-mail: do@tmhcc.com

Estremi autorizzativi e vigilanza: Il rischio è assicurato da HCC INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY PLC, con sede legale in 1 Aldgate, EC3N 1RE, London Regno Unito), iscritta al Financial Services Register al n. 202655, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority del Regno Unito (PRA) e regolata dalla PRA e dalla Financial Conduct Authority del Regno Unito (FCA) attraverso la sua Rappresentanza Generale in Italia con sede in Via Torino, 2 20123 Milano (Italia), abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento, iscritta nel registro IVASS delle imprese operanti in Italia in regime di stabilimento con il numero di iscrizione I.00129.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

- Patrimonio netto: USD 683.129.000- capitale sociale USD 233.242.000, riserve patrimoniali USD 449.887.000.
- Indice di solvibilità dell'Assicuratore riferito alla gestione danni: 206%².
- L'indice di solvibilità rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

E' previsto il tacito rinnovo - Pag. 6 Art. 11 del testo di polizza

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DANNI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ESTENSIONI

- Pag. 2 Art. 5 e pag. 4 Art. 9 del testo di polizza

ESCLUSIONI

- Pag. 5 Art. 10 del testo di polizza

¹ Dati relativi all'ultimo Bilancio approvato al 31 dicembre 2017.

² Requisito di Capitale richiesto (\$ 340.994.228); margine di solvibilità disponibile (\$ 703.543.961).



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

Pag. 1 Art. 1 del testo di polizza

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Pag. 6 Art. 13 del testo di polizza

6. Premi

La presente polizza si perfeziona attraverso bonifico bancario o assegno negli importi massimi stabiliti dalla legge. La durata del contratto è ANNUALE, salvo diverse pattuizioni-deroghe stabilite dalle parti.

Pag. 6 Art. 14 del testo di polizza

7. Rivalse

Diritto che, spetta all'assicuratore nei confronti del proprio assicurato e che consente al primo di recuperare gli importi pagati ai terzi danneggiati nei casi in cui l'assicuratore avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

Pag. 7 Art. 20 del testo di polizza

8. Diritto di recesso

Pag. 7 Art. 19 del testo di polizza

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivati dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 CC. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

10. Legge applicabile al contratto

Pag. 9 Art. 27 del testo di polizza

11. Regime fiscale applicabile al contratto

Il trattamento fiscale applicabile al contratto è quello stabilito in libertà di stabilimento.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATI SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Pag. 7 Art. 18 del testo di polizza

13. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati all'Assicuratore, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) e all'autorità di vigilanza dello Stato di Origine competente (Financial Ombudsman Service) secondo le disposizioni che seguono:

ALL' ASSICURATORE:

In tal caso i reclami dovranno essere inoltrati per iscritto a:

HCC International Insurance Company PLC
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Torino 2
20123, Milano (Italia)
hccinternational@legalmail.it

I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

L'Assicuratore, ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

L'Assicuratore manterrà l'Assicurato costantemente aggiornato e questi avrà diritto di conoscere la persona che gestisce il reclamo con la possibilità di contattarla direttamente per qualunque richiesta di chiarimenti o informazioni.

Al termine dell'esame del reclamo, l'Assicuratore informerà l'Assicurato per iscritto della decisione assunta in merito al reclamo spiegando le ragioni alla base della decisione sia nel caso d'accoglimento sia nel caso di rigetto del reclamo.

ALL'IVASS:

I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto a:

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax n. 06. 421.33. 353/745

I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela, copia dell'eventuale reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

In questo caso, l'IVASS inoltrerà il reclamo all'Autorità di vigilanza dello Stato Membro di Origine, il Financial Ombudsman Service, dando riscontro al reclamante dopo aver ricevuto i necessari elementi da quest'ultima.

ALL'AUTORITÀ DI VIGILANZA DELLO STATO DI ORIGINE DELL'ASSICURATORE - FINANCIAL OMBUDSMAN SERVICE:

I reclami dovranno essere inviati, direttamente a:

The Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, Tel: 0044-0845- 080-1800; Email: enquiries@financial-ombudsman.org.uk; Sito internet: www.financial-ombudsman.org.uk,

o all'IVASS all'indirizzo di cui sopra, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Qualora l'inoltro comporti oneri per il reclamante, l'IVASS provvederà ad acquisire il preventivo consenso del reclamante. La risposta del sistema estero competente è tempestivamente comunicata dall'IVASS al reclamante.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che può essere consultato sul sito www.ivass.it.

RISOLUZIONE ONLINE DELLE CONTROVERSIE

Se avete acquistato questa Polizza di assicurazione online o attraverso un qualunque mezzo elettronico di comunicazione nell'ambito dell'Unione Europea, potete presentare un reclamo attraverso la piattaforma per la risoluzione online delle controversie dell'Unione Europea. Al ricevimento del vostro reclamo, la piattaforma lo trasmetterà direttamente a un organismo locale di risoluzione delle controversie. Questo procedimento è gratuito e realizzato interamente online. Potete accedere alla piattaforma attraverso questo link <http://ec.europa.eu/odr>

14. Arbitrato

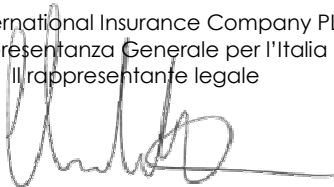
n/a

* * * *

HCC International Insurance Company Plc. (Rappresentanza Generale per l'Italia) è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Data ultimo aggiornamento: 31-10-2018

HCC International Insurance Company PLC.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il rappresentante legale



Polizza di Responsabilità Civile Professionale
**MEDICI SPECIALISTI, MEDICI NEOLAUREATI e SPECIALIZZANDI,
VETERINARI, OPERATORI SANITARI non MEDICI**

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 questo Certificato l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di indicata nel Certificato 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 questo Certificato e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicuratori	i soggetti regolarmente autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa, in particolare del ramo di pertinenza, che assumono il rischio e rilasciano la copertura assicurativa;
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 (ivi compresi gli animali);
Intervento invasivo	quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici;
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;
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose;
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. 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;
3. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

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

Certificato 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.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE RETROATTIVITÀ LIMITI DI INDENNIZZO FRANCHIGIA»)

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18).

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 di euro 500 per evento o come diversamente normata nel CERTIFICATO 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 nel CERTIFICATO 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 (lieve o grave), 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 materiali 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 (nel caso di operatori sanitari non medici) non rientranti specificatamente tra quelle indicate come assicurabili nel questionario, tutte le garanzie prestate dal presente contratto sono valide solo per all'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 materiali, 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;
- c) le eventuali somme dovute al dipendente infortunato, in eccedenza alle indennità riconosciute dall'INAIL;

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.

5.3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE

Limitatamente ai casi di Responsabilità Civile derivanti da colpa grave, ossia qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Assicurato in qualità di dipendente o convenzionato di struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale (inclusa l'attività intramoenia) la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Eriario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, solo qualora egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con Sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato o comunque da parte dell'Autorità Giudiziaria competente a pronunciarsi in ordine alle sopra indicata richiesta.

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.

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

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

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.

Articolo 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le attività professionali svolte in Italia, San Marino e Città del Vaticano.

E' facoltà degli Assicuratori concedere, dietro pagamento del relativo sovra premio, estensione per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Unione Europea.

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 e/o davanti alla giurisdizione italiana. 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 dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi.

9.3 L'assicurazione comprende in ogni caso:

- I) La responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale;
- II) I danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
- III) I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- IV) Lo svolgimento di medicina non convenzionale in riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 25/05/1997 (Statuto Medicine non Convenzionale) e smi
- V) Le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di € 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione;
- VI) La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e smi;
- VII) La responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
- VIII) La responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino.
- IX) Danni a persone addette alle pulizie e/o manutenzione dello studio dell'Assicurato
- X) Il sostituto dell'Assicurato che, solo se abilitato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale, è garantito dalla presente polizza durante il periodo di sostituzione.
- XI) La responsabilità civile derivante all'Assicurato derivante dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale
- XII) L'assicurazione si intende estesa alla conduzione dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature esistenti, delle installazioni fisse
- XIII) Proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie ed analoghe forme di segnalazione poste sia all'interno che all'esterno dei locali. Nel caso di installazione/manutenzione da parte di terzi la responsabilità dell'assicurato è inquadrata in qualità di committente.
- XIV) Uso di distributori automatici di cibi e bevande se presenti nello studio professionale dell'assicurato.
- XV) L'attività di radiodiagnostica
- XVI) Le operazioni complementari all'attività indicata in polizza
- XVII) I danni da incendio a cose altrui derivanti da proprietà dell'Assicurato o da lui detenute fino ad un massimo di € 250.000 e nel caso esista una polizza incendio sarà operativa in secondo rischio

XVIII) I danni a cose di terzi in consegna/custodia

Articolo 10 ESCLUSIONI

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

- a.** i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- b.** le richieste di risarcimento 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.

10.2 - Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a.** attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b.** riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso o comunque diverse da quella/e indicata sul 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 all'articolo 8;
- e.** per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- f.** per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g.** basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h.** derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i.** derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- j.** relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato (salvo quanto previsto al successivo articolo 24) oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k.** relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l.** relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m.** 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 quanto previsto alla voce h) dell'articolo 9.1;
- 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

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 - POSTUMA

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato e da lui denunciate agli Assicuratori durante il periodo di efficacia del contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

In caso di cessazione volontaria dell'attività, l'Assicurato avrà facoltà di richiedere agli Assicuratori, con comunicazione scritta ed inviata almeno 30 (trenta) giorni prima dalla scadenza della polizza, la proroga della garanzia (postuma), la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, 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, fatto salvo non venga acquistato presso un diverso Assicuratore.

Nel caso di morte dell'Assicurato i suoi aventi causa avranno facoltà di richiedere agli Assicuratori, con comunicazione scritta ed inviata non oltre 30 (trenta) giorni dal verificarsi dell'evento, la proroga della garanzia (postuma), la cui durata ed il relativo sovra premio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, 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, fatto salvo non venga acquistato presso un diverso Assicuratore.

Il Massimale indipendentemente dal numero delle Richieste di Risarcimento notificate nel periodo di proroga della garanzia (postuma), non potrà superare il Massimale indicato nel Certificato.

Articolo 13 VARIAZIONI DEL RISCHIO

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

Articolo 14 Periodicità e mezzi di pagamento del PREMIO.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel CERTIFICATO/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. Ove previsto, il PREMIO potrà essere pagato agli ASSICURATORI tramite l'INTERMEDIARIO. Il pagamento del PREMIO eseguito in buona fede dall'INTERMEDIARIO, si considera effettuato direttamente agli ASSICURATORI ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Se l'ASSICURATO non paga i PREMI o le rate di PREMIO successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° 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 degli Assicuratori in Milano, oppure ad UIA Srl che gestisce il contratto entro 30 giorni dalla data in cui è dovuto, gli Assicuratori hanno diritto di annullare il contratto dalla data di inizio.

Il premio è dovuto con periodicità annuale ed il relativo pagamento potrà essere effettuato solo a mezzo bonifico bancario o assegno circolare.

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 qualsiasi forma di comunicazione scritta ed inoltrata entro e non oltre 30 giorni prima della data di scadenza della POLIZZA viene rinnovata automaticamente per un ulteriore PERIODO DI ASSICURAZIONE di 12 mesi. La presente operatività è condizionata al ricevimento del relativo modulo che attesti:

- Nessuna variazione anagrafica del rischio;
- Che non si siano verificate nuove circostanze e/o sinistri;
- Allegare indicazioni di eventuali circostanze/sinistri verificatisi precedentemente anche se già segnalati;

Intervenute modifiche del rischio o al verificarsi di un sinistro e/o circostanza, escludono automaticamente l'operatività della presente clausola.

In caso di mancato ricevimento del modulo di rinnovo da parte degli ASSICURATORI, la polizza si considera cancellata alla data di scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI COPERTURA A SECONDO RISCHIO

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

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

Articolo 18 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Premesso che questa è un'assicurazione nella formula Claims Made, quale temporalmente delimitata nel presente MODULO/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. Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori. Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. (Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 10.1).

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

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.

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.

Gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO potranno recedere dalla presente POLIZZA mediante invio di lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC, anche per il tramite dell'Intermediario, con preavviso di 90 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 nel MODULO/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 19 FACOLTÀ DI RECESSO

Gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO potranno recedere dalla presente POLIZZA mediante invio di lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC, anche per il tramite dell'Intermediario, con preavviso di 90 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 nel CERTIFICATO/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.

Diritto di recesso in caso di vendita a distanza: in caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a UIA srl Corso Sempione 61 20149 Milano. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto

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 surrogano 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 nel CERTIFICATO/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 al CONTRAENTE/ASSICURATO;
- b) ogni comunicazione effettuata dal broker del CONTRAENTE/ASSICURATO a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dal CONTRAENTE/ASSICURATO 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 opererà con criteri di proporzionalità.

In ipotesi di altre forme societarie/giuridiche adottate dall'Assicurato, la polizza garantirà esclusivamente la rc professionale del medico/i, persona/e, fisica/che identificata 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 MULTE ED AMMENDE

La presente estensione si intende operante per multe ed ammende comminate causa erronee interpretazione di norme (ad esclusione di quelle di natura fiscale ed economiche) a condizione che non siano intenzionali e/o conseguenza di errate interpretazioni di disposizioni fornite dall'Associazione di categoria. Massimo risarcimento per sinistro e per anno: € 10.000.

La presente estensione integra la parte contrattuale relativa a: Responsabilità personale dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D.Lgs. n° 81/2008 e s.m.i..

Si intende inclusa l'azione di surroga da parte di: INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione

Articolo 25 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 e s.m.i. 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.

Qualora decidano di non partecipare al tentativo di conciliazione amichevole, gli assicuratori si impegnano a considerare valida anche nei loro confronti la decisione assunta in sede di conciliazione.

Articolo 26 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 s.m.i.:

- 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 27 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 28 Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI
(La presente Clausola non si applica alle polizze di Responsabilità Civile Professionale dei Dottori Veterinari)**

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;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

In deroga, ad integrazione ed a maggior precisazione, si precisa che le seguenti attività 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

Articolo 29 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Nel caso di dubbia interpretazione del contratto verrà considerata valida l'interpretazione più favorevole all'Assicurato. Il contratto è valido anche in ipotesi che l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi di legge purché sia conseguenza di inesatte interpretazioni conseguenti a indicazioni derivanti dall'Associazione di categoria.

Articolo 30 ELEZIONE DI DOMICILIO

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, gli ASSICURATORI eleggono domicilio presso:

UIA Srl
Corso Sempione 61 – 20149 Milano
Tel 02.54122532 – Fax 02.54019598
sinistri@uiainternational.net

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 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 16	Rinnovo Automatico
Articolo 18	Obblighi in caso di sinistro
Articolo 20	Surrogazione
Articolo 22	Clausola Broker (APPLICABILE SE RICHIAMATA NEL CERTIFICATO)
Articolo 25	Tentativo obbligatorio di conciliazione
Articolo 28	Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI
Articolo 30	Elezione di Domicilio

Il Contraente

INFORMATIVA PRIVACY PER GLI ASSICURATI – PROTEZIONE DATI PERSONALI

L'Assicuratore rispetta il diritto alla privacy degli Assicurati. Nella nostra Politica sulla Privacy (disponibile all'indirizzo <https://www.tmhcc.com/en/legal/privacy-policy>) spieghiamo chi siamo, in che modo raccogliamo, condividiamo e utilizziamo le informazioni personali degli Assicurati, e in che modo gli Assicurati possono esercitare il proprio diritto alla privacy. In caso di qualunque domanda o dubbio sull'utilizzo da parte nostra delle loro informazioni personali, gli Assicurati possono contattarci all'indirizzo DPO@tmhcc.com.

Possiamo raccogliere informazioni personali come nome, indirizzo di posta elettronica, indirizzo postale, numero di telefono, sesso e data di nascita. Abbiamo bisogno delle informazioni personali degli Assicurati per stipulare e dare esecuzione al contratto di assicurazione. Conserviamo le informazioni personali che riceviamo quando, ai fini della prestazione dei nostri servizi, abbiamo l'esigenza e siamo legittimati a fare ciò.

Possiamo comunicare le informazioni personali degli Assicurati a:

- Le **società del nostro gruppo**;
- **Fornitori di servizio terzi e partner** che ci forniscono servizi di elaborazione dati o che altrimenti elaborano le informazioni personali per le finalità descritte nella nostra Politica sulla Privacy, come verrà comunicato agli Assicurati quando raccogliamo le loro informazioni personali;
- Qualunque **competente organo di polizia, agenzia di vigilanza o governativa, tribunale o altra parte terza**, quando riteniamo che la comunicazione sia necessaria (i) ai sensi di una legge o normativa applicabile, (ii) per accertare, esercitare o difendere i nostri diritti, o (iii) per proteggere gli interessi vitali degli Assicurati o quelli di qualunque altra persona;
- Un **potenziale acquirente** (e ai suoi agenti e consulenti) in relazione al possibile acquisto, fusione o acquisizione di qualunque parte della nostra attività, a condizione di informare l'acquirente che deve utilizzare le informazioni personali degli Assicurati unicamente per le finalità comunicate nella nostra Politica sulla Privacy e nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679; o
- **Qualunque altra persona con il consenso dell'Assicurato** alla comunicazione.

Le informazioni personali degli Assicurati possono essere trasferite verso, ed elaborate in, paesi diversi dal paese di residenza degli Assicurati stessi. Tali paesi possono avere leggi sulla protezione dei dati diverse da quelle del paese degli Assicurati. Trasferiamo dati all'interno del gruppo societario Tokio Marine in virtù del nostro Contratto Infragruppo di Trasferimento dei Dati, che comprende le Clausole Contrattuali Standard dell'Unione Europea.

Utilizziamo misure tecniche ed organizzative adeguate a proteggere le informazioni personali che raccogliamo e trattiamo. Le misure che utilizziamo sono pensate per offrire un livello di sicurezza adatto al rischio derivante dal trattamento delle informazioni personali.

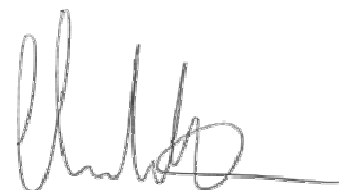
Gli Assicurati hanno diritto di sapere quali dei loro dati sono in nostro possesso e di effettuare quella che viene denominata una **Richiesta di Accesso del Soggetto Interessato**. Essi hanno inoltre diritto di richiedere che i loro dati vengano **corretti** per fare sì che i dati in nostro possesso siano accurati. In determinate circostanze essi godono di altri diritti relativi alla protezione dei dati, come ad esempio quello di **richiedere la cancellazione, opporsi al trattamento, limitare il trattamento** e in alcuni casi **richiedere la portabilità**. Ulteriori informazioni sui diritti degli Assicurati sono riportate nella nostra Politica sulla Privacy.

Gli Assicurati potranno chiederci in qualunque momento **di interrompere l'invio da parte nostra di comunicazioni di marketing**. Essi potranno esercitare tale diritto cliccando sul link "annulla l'iscrizione" o "opt-out" nelle mail di marketing che inviamo. Analogamente, se abbiamo raccolto e trattato informazioni personali con il consenso degli Assicurati, questi potranno **ritirare il proprio consenso** in qualunque momento. L'aver ritirato il proprio consenso non modificherà la legittimità di qualunque trattamento che abbiamo effettuato prima di tale decisione, e non avrà influenza sul trattamento delle informazioni personali effettuato in virtù di un fondamento giuridico diverso rispetto al consenso del titolare dei dati. Gli Assicurati **hanno diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo per la protezione dei dati** riguardo la nostra raccolta e utilizzo delle loro informazioni personali.

Data:

ASSICURATO
(Timbro e Firma)

L'ASSICURATORE



GLOSSARIO

La presente sezione del Fascicolo Informativo contiene ed esplica il significato dei termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che la Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del presente contratto.

Si avverte che i termini di seguito elencati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto, in relazione alla quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di assicurazione.

(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;

Claims made - Retroattività:

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato;

Limite di Indennizzo/Massimale:

La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuta 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 che 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;

Questionario/Modulo di proposta:

Il formulario attraverso il quale gli Assicuratori prendono atto di tutte le notizie ritenute essenziali per la valutazione del rischio e per la determinazione del premio di polizza; le dichiarazioni in esso contenute integrano il contratto. E' obbligo dell'assicurato di comunicare tutte le informazioni a lui note che potrebbero avere influenza sulla valutazione del rischio da parte degli Assicuratori anche ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il Fascicolo informativo, redatto a sensi dei Regolamenti vigenti, è parte del contratto;

Modulo/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;

Assicuratore:

HCC International Insurance Company PLC (Rappresentanza Generale per l'Italia);

Assicurato:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione:

il contratto di assicurazione;

Contraente:

il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e/o di altre persone;

Franchigia o Scoperto:

l'ammontare del LIMITE DI INDENNIZZO, percentuale o fisso, indicato nel CERTIFICATO/SCHEDA DI COPERTURA, che rimane a carico dell'ASSICURATO per ciascuna PERDITA e che non potrà essere a sua volta assicurato da altri.

Gli ASSICURATORI pagheranno per ogni PERDITA, indennizzabile ai termini della presente POLIZZA, soltanto le somme eccedenti tale ammontare;

Intermediario:

Colui che, iscritto al Registro Unico degli Intermediari di Assicurazione, mette a disposizione del pubblico la propria competenza tecnica e svolge stabilmente in forma professionale ed autonoma l'incarico di provvedere, a proprio rischio e spese, con compenso in tutto o in parte a provvigioni, alla gestione ed allo sviluppo degli affari assicurativi;

Premio:

la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;

Danno/Danni:

il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali);

Intervento invasivo:

quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici;

Perdite Patrimoniali:

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

Richiesta di risarcimento:

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

4. 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;
5. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
6. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

Sinistro:

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

Certificato:

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

Questionario per la richiesta di quotazione della
**Responsabilità civile Professionale Medico Specialista, Veterinari,
 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
☐ Veterinario
☐ 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: _____

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:

- ☐ **2 anni (se la data di iscrizione all'albo è inferiore, data iscrizione albo) senza sovra premio**
☐ **5 anni premio + 30%**
☐ **10 anni premio + 40%**

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

	Medici Specializzati
med	Allergologia ed Immunologia Clinica
med	Anatomia patologica
med	Andrologo
med	Angiologia/Flebologia
med	Audiologia e foniatria
med	Biochimica e chimica clinica
med	Biologia e specializzazioni varie
med	Cardiologo ambulatoriale esclusi atti invasivi
med	Dermatologia e Venereologia
med	Diabetologo
med	Ematologia
med	Endocrinologia e malattie del ricambio
med	Epatologia
med	Farmacologo/Medico farmacista
med	Gastroenterologo ambulatoriale esclusi atti invasivi
med	Geriatria
med	Ginecologo ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita
med	Igiene e medicina preventiva
med	Immunologia
med	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia
med	Malattie infettive/Malattie Tropicali
med	Medicina aeronautica e spaziale
med	Medicina d'urgenza senza atti invasivi
med	Medicina del lavoro
med	Medicina dello sport
med	Medicina di base
med	Medicina di comunità
med	Medicina estetica senza atti invasivi
med	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria
med	Medicina generale
med	Medicina Interna esclusione Cardiologia e Gastroenterologia

med	Medicina legale
med	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche,
med	Medico codificatore di storia clinica del paziente
med	Medico Terapista della respirazione
med	Nefrologia
med	Neurofisiopatologo
med	Neurologia
med	Neuropsichiatria/Neuropsichiatria infantile
med	Oculista
med	Omeopata
med	Oncologo
med	Ortopedico
med	Otorino
med	Patologia clinica
med	Pediatra di libera scelta (esclusa neonatologia, rianimazione)
med	Pediatria inclusi pazienti nei primi 60 giorni di vita
med	Psichiatria/Clinica Psichiatrica
med	Psicologia clinica
med	Psicologo
med	Radiologo
med	Reumatologia
med	Senologo
med	Veterinari solo animali domestici e di compagnia (no animali da competizione)
med	Veterinari animali domestici e di compagnia e animali da allevamento (no animali da competizione)
med	Urologo
med	Neolaureato e specializzando (nei primi 4 anni d'iscrizione)
med	Direttore di Struttura Sanitaria

Operatori Sanitari non medici	
par	Analista al microscopio
par	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
par	Consulente della riabilitazione/Osteopata
par	Farmacista
par	Fisico Medico
par	Fisioterapista
par	Igiene degli alimenti
par	Infermiere
par	Informatore scientifico della salute, informatore medico scientifico
par	Ingegnere biomedico
par	Ispettore Sanitario
par	Massoterapista

par	Medicina non convenzionale (agopuntura, med. tradizionale cinese, med. Ayurvedica, med. Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia)
par	Musico Terapista
par	Naturopata
par	Offalmologo
par	Operatori Socio Sanitari (OSS, OSA, ASA, OTA)
par	Optometrista
par	Ortesista / Protesista
par	Ortopedista
par	Ortottista - Assistente di oftalmologia
par	Ostetricia ambulatoriale senza atti invasivi, senza assistenza al parto, senza fecondazione assistita
par	Paramedico
par	Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
par	Personal trainer
par	Radioterapista
par	Dosimetrista
par	Scienza della alimentazione/Dietologia
par	Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
par	Sonografista, Ecografista
par	Tecnico degli ultrasuoni
par	Tecnico di medicina nucleare
par	Tecnico ECG
par	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
par	Terapista del lavoro
par	Tossicologia medica

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%)
- ☐ Estensione territoriale Unione Europea +20%

2. SINISTRI E CIRCOSTANZE

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

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

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) Nome degli Assicuratori _____ Numero di polizza _____ (b) Massimale assicurato € _____ (c) Franchigia € _____ (d) Data di scadenza _____ (e) Numero di anni di copertura precedente continua _____ 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:

1. di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi
2. di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
3. di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
4. che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
5. di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
6. 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 e s.m.i.
7. Dichiaro di essere in possesso ed aver preso visione del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'IVASS e s.m.i., 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.
8. di aver preso atto che la polizza non prevede copertura assicurativa per attività con atti invasivi fatto salvo quanto normato all'art. 28.

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 alle 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 sì: 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 trascorran 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
