

# SET INFORMATIVO

## POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

---

### BIOLOGO

---

### CONVENZIONE



Ente Nazionale di  
Previdenza e Assistenza  
a favore dei Biologi

# **CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

## **PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI LIBERI PROFESSIONISTI**

**IL PRESENTE SET INFORMATIVO, CONTENENTE:**

- a) **DIP Danni (Documento Informativo Precontrattuale);**
- b) **DIP Aggiuntivo Danni (Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo);**
- c) **Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario;**
- d) **Informativa privacy**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO E - OVE PREVISTO -  
DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO**

# Polizza di Assicurazione per Responsabilità Civile Professionale dei Liberi Professionisti

## DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

La presente polizza è amministrata da BEAH ITALIA Srl, società registrata in Italia con il numero 12678550968 regolamentata e autorizzata dall'IVASS con il numero A000738583, e sottoscritta da Accelerant Insurance Europe SA che è una compagnia di assicurazione autorizzata con il codice 3193 e regolamentata dalla Banca Nazionale del Belgio (NBB) e dall'Autorità per i Servizi e i Mercati Finanziari (FSMA) - Company Identification 0758.632.842

Prodotto:

## RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI LIBERI PROFESSIONISTI

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

### Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, nella forma "**Claims Made**", la Responsabilità Civile Professionale dei Liberi Professionisti in conseguenza di **Danni** causati a Terzi, inclusi i pazienti, nonché la Responsabilità per Colpa Grave.



#### Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità Civile Professionale:** la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino al Massimale indicato in Polizza, di quanto è tenuto a pagare quale civilmente responsabile, ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni che derivano da lesioni personali, morte e danni a cose o per Perdite patrimoniali, se espressamente previste, involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale sanitaria
- ✓ L'assicurazione vale per la colpa lieve o grave dell'Assicurato Medico Libero Professionista in conseguenza di errori personalmente commessi nell'esercizio della professione oggetto del contratto in qualità di libero professionista nei casi di:
- ✓ Responsabilità Civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- ✓ Azione di rivalsa esperita dalla struttura sanitaria, ovvero di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- ✓ Sono coperte le **Richieste di Risarcimento** ricevute dall'**Assicurato** per la prima volta nel **Periodo di Assicurazione** e denunciate nel medesimo periodo (forma "**Claims Made**") per fatti commessi in tale periodo o per fatti accaduti nel **Periodo di Retroattività** (pari ad almeno 10 anni anteriori alla data di effetto della polizza, o illimitatamente).
- ✓ Le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale o dei Sottolimiti



#### Che cosa non è assicurato?

- ❑ Tutti i **Sinistri** relativi a fatti dannosi accaduti prima dell'inizio del **Periodo di Retroattività**
- ❑ Sono considerati **Fatti Noti** e quindi non coperti dalla presente Polizza di **Assicurazione** tutte le **Richieste di Risarcimento** già notificate e/o a conoscenza dell'**Assicurato**
- ❑ Le perdite che eccedono i Massimali pattuiti
- ❑ Fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che, per qualunque motivo o causa, l'**Assicurato** venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale ovvero licenziato per giusta causa
- ❑ **Danni** che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di informazione e consenso informato
- ❑ relative a pretese per la mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato
- ❑ 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
- ❑ **Danni** derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione
- ❑ **Danni** derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione
- ❑ **Danni** riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore nonché alla loro circolazione
- ❑ relative a Danni causati da Perdite Patrimoniali Pure, così come definite in Polizza
- ❑ Danni riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali
- ❑ Attività esercitata o svolta dall'**Assicurato** che non possa essere ricompresa tra quelle inerenti e conseguenti le abilitazioni e la specializzazione dell'**Assicurato** stesso relativa alla presente **Polizza**
- ❑ Sanzioni Internazionali
- ❑ Altre esclusioni come da testo di polizza



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Le coperture assicurative operano nei limiti dei massimali assicurati (da Euro 1.000.000,00 a Euro 6.000.000,00 euro).
- ! È prevista l'applicazione di eventuali franchigie se riportate nella Scheda di Polizza.
- ! Le attività professionali assicurabili (*Specializzazioni Mediche Assicurabili*) sono quelle riportate nel **Modulo di Proposta**.



### Dove vale la copertura?

- L'**Assicurazione** vale per le **Richieste di Risarcimento** originate da fatti dannosi accaduti o da comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo ove l'Assicurato eserciti su incarico della Struttura Sanitaria di diritto Italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.
- ✓ È condizione essenziale per l'operatività dell'**Assicurazione** che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne devono essere fatte valere in Italia.



### Che obblighi ho?

- Pagare il **Premio** secondo le rate, gli importi e le relative date di scadenza indicate nella **Scheda di Polizza**.
- Quando si sottoscrive il contratto, si ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
- L'**Assicurato** deve dare comunicazione scritta alla **Compagnia** di ogni aggravamento del rischio.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione della polizza.
- In caso di **Sinistro**, esso deve essere denunciato per iscritto alla **Compagnia** entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui l'**Assicurato** stesso ne è venuto a conoscenza.
- In caso di **Sinistro**, l'**Assicurato** deve inoltre comunicare l'esistenza di altre coperture e deve comunicare il **Sinistro** a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento di tale obbligo comporterà la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1910 Cod. Civ.).
- Senza il previo consenso scritto della **Compagnia**, l'**Assicurato** non deve in alcun caso e per qualsivoglia motivo ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare **Danni** e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In questi casi, la **Compagnia** si riserva il diritto di negare l'indennizzo ed il rimborso, salvo il diritto di richiedere il maggior **Danno**.
- È necessario comunicare tempestivamente alla **Compagnia** la cessazione dell'attività professionale e la richiesta di ultrattività (postuma) della copertura assicurativa, regolando il relativo **Premio** aggiuntivo.



### Quando e come devo pagare?

Il **Premio** deve essere pagato prima della data di decorrenza della polizza tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico. È possibile scegliere se pagare l'intero **Premio** annuo, oppure optare per il frazionamento semestrale. Il **Premio** è comprensivo di accessori e di imposte (secondo le norme fiscali vigenti). Se viene scelto il frazionamento, si dovranno pagare anche le rate secondo le scadenze stabilite. Essendo previsto il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annua si dovrà pagare il **Premio** annuo di **Rinnovo**.

Ai sensi dell'Art. 1901 Cod. Civ., in caso di mancato pagamento del **Premio** o della rata di **Premio** successivo alla stipulazione del contratto, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sulla **Scheda di Polizza** se pagato il **Premio**, oppure dalla data di pagamento del **Premio** se successiva, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato sulla **Scheda di Polizza**. La copertura si rinnova automaticamente alla scadenza annuale, salvo il caso di mancato **Rinnovo** automatico e salvo che non venga inviata disdetta da parte dell'**Assicurato**.



### Come posso disdire la polizza?

Se si è un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto è stato venduto a distanza, si ha 14 giorni di tempo dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, senza dover indicare alcun motivo.

È possibile inviare disdetta della polizza da parte dell'**Assicurato**, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

# Assicurazione per Responsabilità Civile Professionale dei Liberi Professionisti

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

Accelerant Insurance Europe SA/NV



Prodotto: "Liberi Professionisti" – Data di Realizzazione Agosto 2024

Il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

## Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

## Società

Accelerant Insurance Europe SA/NV, Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, sito internet: <http://accelins.com>, e-mail: [contact@accelins.com](mailto:contact@accelins.com) PEC: [accelerantinsuranceeu@legalmail.it](mailto:accelerantinsuranceeu@legalmail.it).

Accelerant Insurance Europe SA/NV – Abilitata ad operare in Italia in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172 del 02.12.2020, ed è autorizzata dalla National Bank of Belgium Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Brussels, tel. +32 2 221 21 11, e-mail: [info@nbb.be](mailto:info@nbb.be), sito web: <https://www.nbb.be/en> e dal Financial Services and Markets Authority Rue du Congrès 12-14, 1000 Brussels, tel. +32(0)2 220 52 11, sito web <https://www.fsma.be/en>

**Rappresentanza Generale per l'Italia:** via L. Bissolati 54, 00187 Roma (Italia) – tel. +39 0642114850 fax +39 06 0642114851 – e-mail: [Italia@accelins.com](mailto:Italia@accelins.com) – PEC [accelerantinsuranceeu@legalmail.it](mailto:accelerantinsuranceeu@legalmail.it). - P.IVA: 16084711007 - REA RM 1634070

## Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Al 31 dicembre 2024, il patrimonio netto di Accelerant Insurance Europe SA ammonta a 81.628.149 euro, di cui 78.439.419 euro di capitale sociale e 3.188.730 euro di riserve di capitale;

- Requisito patrimoniale minimo (MCR) 10.531.044 euro;
- Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) 42.124.174 euro;
- Fondi propri ammissibili 99.931.203 euro;
- L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, inteso come rapporto tra i fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità, è pari al 237%.
- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della società (SFCR) può essere consultata collegandosi al sito <http://accelerant.ai/regulatory-publications/>

Al contratto si applica la legge italiana

## Prodotto RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI



### Che cosa è assicurato?

#### Oggetto dell'assicurazione

Preso atto di quanto dichiarato nella Scheda di Polizza ed in relazione ai termini, limiti, condizioni ed esclusioni della presente Polizza, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino al Massimale indicato in Polizza, di quanto è tenuto a pagare quale civilmente responsabile, ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni che derivano da lesioni personali, morte e danni a cose o per Perdite patrimoniali, se espressamente previste, involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale sanitaria, o di interesse sanitario, indicata in Polizza e svolta nei termini e limiti stabiliti dalla vigente normativa e in regola con l'iscrizione all'Albo professionale di appartenenza, con il possesso dei requisiti richiesti dalle norme in vigore.

L'assicurazione vale per la colpa lieve o grave dell'Assicurato Medico Libero Professionista in conseguenza di errori personalmente commessi nell'esercizio della professione oggetto del contratto in qualità di libero professionista nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- Azione di rivalsa esperita dalla struttura sanitaria, ovvero di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

**OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO:****Postuma per cessazione definitiva dell'attività**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 (da intendersi quello sulla Validità temporale) in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, intervenuta durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione, per cause diverse dalla sospensione o dalla radiazione dall'Albo, è facoltà dell'Assicurato o dei suoi eredi richiedere, entro 60 giorni dalla documentata cessazione dell'attività, la proroga dell'Assicurazione di Responsabilità civile professionale per le richieste di risarcimento che sono pervenute all'Assicurato o ai suoi eredi nei 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività, se tali richieste si riferiscono a comportamenti posti in essere durante il periodo di efficacia della polizza e comunque prima della cessazione dell'attività. L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale.

La proroga della copertura viene prestata a fronte del pagamento di un Premio ed ha effetto dalla scadenza anniversaria successiva al momento della cessazione dell'esercizio dell'attività professionale.

La Società valuta la richiesta di proroga della copertura e in caso di accettazione indica in Polizza il nuovo Premio.

Il Massimale indicato in Polizza rappresenta la somma massima di esposizione della Società, a prescindere dal numero e dal valore delle Richieste di risarcimento presentate nei confronti dell'Assicurato.

**Art. Aggiuntivo - DEEMING CLAUSE – CIRCOSTANZE PENALI**

A parziale deroga di quanto previsto dalle esclusioni, l'Assicurato ha la facoltà di comunicare all'Assicuratore le circostanze o i fatti come sottoindicati, del quale l'Assicurato venga a conoscenza in qualsiasi modo durante il Periodo di Assicurazione, da cui ritiene possa derivare una Richiesta di Risarcimento nei confronti dell'Assicurato.

L'eventuale Richiesta di Risarcimento pervenuta in seguito alle comunicazioni sopra specificate sarà trattata come se la comunicazione di tale atto o fatto equivallesse a un Sinistro denunciato durante il Periodo di Validità dell'Assicurazione.

Tale deroga si applica esclusivamente ai fatti o circostanze relative a: sequestri o, comunque, acquisizioni di cartelle cliniche da parte dell'autorità giudiziaria, accertamenti tecnici disposti dall'autorità giudiziaria, la citazione del responsabile civile, indagini o procedimenti penali.

**Art. Aggiuntivo - DEEMING CLAUSE – CLAUSOLA COMPLETA**

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni, l'Assicurato ha la facoltà di comunicare all'Assicuratore le circostanze o i fatti come sottoindicati, del quale l'Assicurato venga a conoscenza in qualsiasi modo durante il Periodo di Assicurazione, da cui ritiene possa derivare una Richiesta di Risarcimento nei confronti dell'Assicurato. L'eventuale Richiesta di Risarcimento pervenuta in seguito alle comunicazioni sopra specificate sarà trattata come se la comunicazione di tale atto o fatto equivallesse a un Sinistro denunciato durante il Periodo di Validità dell'Assicurazione.

Tale deroga si applica esclusivamente ai fatti o circostanze relative a:

- Qualsiasi sinistro;
- Qualsiasi circostanza che possa dar vita ad un sinistro;
- Qualsiasi indagine condotta da qualunque autorità che abbia poteri di investigazione sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi ingiunzione, atto di citazione, o comunque comunicazione scritta notificato all'Assicurato che presupponga una affermazione di responsabilità a carico dell'Assicurato, a titolo informativo ma non limitativo, qualsivoglia ricorso ex art. 696 bis c.p.c. depositato nei confronti dell'Assicurato o qualsivoglia istanza di mediazione presentata, ai sensi dell'art. 5, comma 1 bis D.Lgs. 4 marzo 2010, 28, nei confronti dell'Assicurato;
- Qualsiasi evento che sia stato o siano oggetto di indagini penali o da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi sequestro di cartelle cliniche, avviso di garanzia, rinvio a giudizio o incidente probatorio, relativo all'Assicurato posto in essere da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- Le sopra indicate devono includere anche eventi dannosi o fatti su cui pende qualsiasi forma di indagine conosciuta alla Contraente.
- Qualsiasi tipologia di reclamo e/o comunicazione scritta formalmente inoltrata all'assicurato;

***Che cosa NON è assicurato?*****Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si fa comunque riferimento al testo di polizza

***Ci sono limiti di copertura?***

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si fa comunque riferimento al testo di polizza

***A chi è rivolto questo prodotto?***

È una copertura di responsabilità Civile Professionale rivolta agli esercenti la Professione Sanitaria.

***Quali costi devo sostenere?***

Costi di intermediazione: gli intermediari per la vendita di questo prodotto percepiscono in media una provvigione del 20% del premio imponibile

**COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**

<b>All'Agenzia</b>	I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: <b>Beah Italia Srl</b> Via Pietro Paleocapa, 1 – 20121 Milano e-mail: beahitalia@pec.it
<b>All'Impresa assicuratrice</b>	<b>Accelerant Europe SA/NV</b> Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Pietro Paleocapa, 1 – 20121 Milano E-mail: <a href="mailto:reclami@accelins.com">reclami@accelins.com</a> L'Ufficio Reclami provvederà a fornire il riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito ai comportamenti degli agenti e dei loro dipendenti e collaboratori). I reclami relativi al comportamento dei broker e dei loro dipendenti/collaboratori saranno gestiti direttamente dal broker interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al broker, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché l'intermediario provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.
<b>All'IVASS</b>	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</i>
<b>Financial Services and Markets Authority</b>	In alternativa i reclami possono essere presentati all'autorità di Vigilanza Belga: Financial Services and Markets Authority Rue du Congrès 12-14, 1000 Brussels, tel. +32(0)2 220 52 11, sito web <a href="https://www.fsma.be/en">https://www.fsma.be/en</a>
<b>National Bank of Belgium</b>	National Bank of Belgium boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Brussels - RPR Brussels - VAT BE 0203.201.340 - <a href="mailto:info@nbb.be">info@nbb.be</a> - +32 2 221 21 11
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Arbitro Assicurativo</b>	Presentando ricorso: all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
<b>OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente a FIN-NET</b>	<b>oppure</b> - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la definizione di controversie transnazionali, i reclami inviati all'IVASS possono essere direttamente inviati al relativo organismo estero di risoluzione delle controversie, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.
<b>REGIME FISCALE</b>	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	22,25% tasse governative
<b>Cosa è il diritto all'oblio oncologico?</b>	
<b>Diritto all'oblio oncologico</b>	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <a href="https://accelerant.ai/oblio-oncologico/">https://accelerant.ai/oblio-oncologico/</a> .
<b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b>	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
<b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b>	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA **NON** DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**  
**PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEI LIBERI PROFESSIONISTI**  
**BIOLOGI**  
**CONVENZIONE GAVA BROKER Srl**

**INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE**

La presente Polizza è prestata nella forma **“Claims Made”** e vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità dell'assicurazione e dallo stesso trasmesse alla Società durante lo stesso periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere non oltre 10 (dieci) anni antecedenti la data di decorrenza della presente polizza.

La presente Assicurazione è rivolta al Medico iscritto al relativo Albo professionale, per la propria Attività professionale svolta come esercente l'attività libero professionale.

L'Assicurazione tiene indenne il Medico Assicurato dei Danni causati a terzi nello svolgimento delle Attività professionali specificate nella Scheda di Polizza e per le quali ha inteso garantirsi nonché, entro i limiti di legge, le eventuali spese legali per la resistenza alle Richieste di risarcimento.

L'Assicurazione è valida a condizione che l'Attività Assicurata sia svolta in conformità alle leggi che la regolano e sempreché l'Assicurato sia regolarmente iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o sia in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata.

## GLOSSARIO

Le definizioni che seguono fanno parte integrante, a tutti gli effetti, del contratto e **le Parti attribuiscono loro il significato così come di seguito precisato.**

**Avvertenza: a norma dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato.**

<b>Assicurato</b>	La persona fisica indicata in Scheda di Polizza che svolge l'attività professionale indicata nella stessa ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
<b>Assicurazione</b>	Il Contratto di assicurazione.
<b>Attività Invasiva</b>	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 a fini diagnostici che terapeutici.
<b>Attività Chirurgica</b>	Quell'Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto per fini terapeutici. Sono comprese tutte le operazioni mediche svolte facendo ricorso alla sala operatoria e/o per le quali sia necessario ricorrere all'anestesia sia totale che spinale.
<b>Claims Made</b>	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se riferite a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività indicata della Scheda di Polizza. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessano gli obblighi dell'Assicuratore e nessuna denuncia potrà essere accolta fatto salvo quanto previsto dall'Art. 20.12 " <b>Postuma per cessazione definitiva dell'attività</b> ".
<b>Contraente</b>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga al pagamento del premio, anche se diverso dall'Assicurato.
<b>Cose</b>	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
<b>Danni</b>	Le conseguenze pregiudizievoli del fatto illecito in relazione al quale è prestata l'assicurazione. Vi rientrano esclusivamente: <ul style="list-style-type: none"><li>- i Danni patrimoniali, ossia il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose (ivi compresi gli animali) nonché quelli consequenziali ai Danni da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato;</li><li>- i Danni non patrimoniali, conseguenti a lesioni personali o morte.</li></ul>

<b>Data inizio Retroattività</b>	Le ore 24.00 della data indicata nella scheda di copertura presente nei documenti di Polizza.
<b>Esercente la professione sanitaria</b>	<p>Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.</p> <p>Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o anche all'interno della stessa di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto.</p>
<b>Esercente attività libero professionale</b>	<p>Per Fatti Noti si intendono quei fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei.</p>
<b>Fatti Noti e Circostanze</b>	<p>Non sono considerati Fatti Noti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura Sanitaria, <b>salvo</b> i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto;</li><li>• le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.</li></ul>
<b>Franchigia</b>	La parte del danno non espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Indennizzo o Indennità</b>	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
<b>Intervento chirurgico ambulatoriale</b>	<p>Intervento chirurgico eseguito in studio medico o ambulatorio senza necessità di ricovero del paziente e/o ricorso ad anestesia generale e/o presenza di anestesista.</p> <p>L'importo indicato in Polizza che rappresenta la somma massima che la Società è tenuta a pagare ai Terzi danneggiati in relazione a sinistri verificatisi durante il periodo di assicurazione indipendentemente dal numero di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sinistri o danneggiati;</li><li>• Assicurati.</li></ul> <p>Qualsiasi sottolimito di massimale eventualmente indicato in Polizza costituisce parte del massimale e non è in aggiunta ad esso.</p>
<b>Limite di indennizzo/Massimale</b>	
<b>Perdita patrimoniale pura</b>	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, diretta o indiretta, di lesioni all'integrità fisica, morte o danneggiamenti a cose (sia soggetti materiali, sia animali).

Non rientrano nella definizione di "Perdita Patrimoniale" e sono esclusi dalla copertura assicurativa:

- a. tasse e imposte;
- b. danni di tipo non compensativo, inclusi danni a carattere punitivo o esemplare, ivi inclusa la sanzione pecuniaria ex art 12 della legge 47/1948 e successive modifiche, i danni multipli e le penali per inadempimento contrattuale;
- c. multe o sanzioni di qualunque natura (civile, penale, amministrativa, fiscale ecc.) inflitte direttamente all'Assicurato;
- d. i costi e le spese connessi all'adempimento di qualsiasi ordine, decisione o accordo che disponga un rimedio inibitorio, un obbligo di fare o un altro rimedio di natura non pecuniaria;
- e. salari, compensi, indennità o spese generali di qualsiasi Assicurato ovvero oneri o spese da questi sostenuti;
- f. qualsiasi altra voce che possa essere giudicata non assicurabile secondo la legislazione che regola la presente Polizza o nella giurisdizione in cui viene avanzata una Richiesta di risarcimento.

#### **Periodo di Assicurazione**

Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.

Definizione di PFAS:

Ai sensi del presente documento, per "PFAS" si intendono:

Composti perfluorurati, sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche in qualsiasi forma, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- qualsiasi molecola organica, sale, radicale libero o ione, la cui composizione includa almeno uno dei seguenti elementi: gruppo metilico perfluorato (-CF<sub>3</sub>); o
- gruppo perfluorurato metilene (-CF<sub>2</sub>-); o
- qualsiasi scomposizione di una molecola organica, sale, radicale libero o ione, la cui composizione è stata ottenuta; o
- qualsiasi bene, prodotto o materiale che abbia una formula chimica o una struttura uguale o simile a quella di tali composti perfluorurati, sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche; oppure
- la sua presenza o il suo utilizzo in qualsiasi lega, sottoprodotto, composto o altro materiale o rifiuto che includa o derivi da tali composti o sostanze.

#### **Pfas**

#### **Polizza**

Il documento che prova l'Assicurazione.

#### **Postuma**

Il periodo successivo alla data di scadenza del contratto assicurativo che, in

accordo con la Società, è acquistabile dal Contraente, durante il quale viene prorogata la validità temporale della Polizza per la denuncia di sinistri relativi a fatti colposi verificatisi prima della scadenza della Polizza stessa.

#### Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte della stipula dell'Assicurazione

#### Retroattività

Il periodo intercorrente dalla Data di Retroattività indicata in Scheda di Polizza e la data di decorrenza del Periodo di Assicurazione entro il quale devono essere accaduti i fatti denunciati nella Richiesta di Risarcimento pervenuta durante il Periodo di Assicurazione.

Con riferimento all'attività svolta in cliniche o strutture ospedaliere private, studi o ambulatori privati, quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

#### Richiesta di risarcimento

- a. la formale richiesta scritta di risarcimento danni avanzata da un Terzo nei confronti dell'Assicurato ove viene manifestata 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 Patrimoniali;
- b. 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;
- c. la comunicazione con cui l'ospedale, clinica o Struttura Sanitaria privata o il suo assicuratore manifesta l'intenzione di ritenere l'Assicurato responsabile per colpa grave.

Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia.

#### Scheda di Polizza

È il documento che prova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, i Dati del Rischio assicurato e il Premio imponibile con le relative imposte governative.

#### Sinistro

Una o più Richieste di Risarcimento come sopra definite conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione e/o del Periodo di Ultrattività (**se acquistata**).

#### Serie di Sinistri

La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in conseguenza di una pluralità di eventi

**Accelerant Insurance Europe SA/NV**

con sede legale in Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, Capitale Sociale €20.561.500,00  
Autorità di Vigilanza Competente National Bank of Belgium e Financial Services and markets authority – Abilitata ad operare in Italia  
in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172 del 02.12.2020.  
Rappresentanza Generale per l'Italia: via P. Paleocapa, 1, 20121 Milano (Italia) – Tel. 02 910 94 800  
e-mail: [italia@accelins.com](mailto:italia@accelins.com) PEC: [accelerantinsuranceeu@legalmail.it](mailto:accelerantinsuranceeu@legalmail.it) - P.IVA: 16084711007 - REA: MI 2760593



riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula *Claims Made* altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

**Società**

Accelerant Insurance Europe SA/NV

## OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

### **Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione**

Preso atto di quanto dichiarato nella **Scheda di Polizza** ed in relazione ai termini, limiti, condizioni ed esclusioni della presente Polizza, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino al Massimale indicato in Polizza, di quanto è tenuto a pagare quale civilmente responsabile, ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni che derivano da lesioni personali, morte e danni a cose o per Perdite patrimoniali, se espressamente previste, involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale sanitaria, o di interesse sanitario, indicata in Polizza e svolta nei termini e limiti stabiliti dalla vigente normativa e in regola con l'iscrizione all'Albo professionale di appartenenza, con il possesso dei requisiti richiesti dalle norme in vigore.

L'assicurazione vale **per la colpa lieve o grave** dell'Assicurato **BIOLOGO libero Professionista, ed eventuale attività in qualità di Dipendente di Struttura Pubblica o Privata**, in conseguenza di errori personalmente commessi nell'esercizio della professione oggetto del contratto in qualità di libero professionista nei casi di:

- Responsabilità Civile verso terzi per fatto colposo, errore od omissione;
- **Azione di rivalsa esperita dalla struttura sanitaria, ovvero di surrogazione dell'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.**

Fermo quanto stabilito dall'Art. 29 ("**PATTO DI GESTIONE DELLA LITE**"), le spese legali sostenute per resistere alla Richiesta di Risarcimento da parte del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale o dei Sotto limiti. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale di Polizza, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

### **Art. 2 - Validità temporale dell'Assicurazione**

L'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims Made**", ossia nella forma volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo o entro i ... giorni successivi alla scadenza dello stesso purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Assicurazione e purché conseguenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre il Periodo di Retroattività come indicato nella Scheda di Polizza, e comunque non inferiore a 10 anni antecedenti la data di effetto della Polizza.

Il Contraente/Assicurato dichiara, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, sia in relazione al periodo di validità della presente polizza sia in relazione al periodo di copertura pregressa, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcuna circostanza e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto, al di fuori di quanto descritto nel questionario proposta, e conferma di essere consapevole che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi delle norme citate.

Resta inteso che la garanzia non vale per le Richieste di risarcimento che risultano essere già state presentate all'Assicurato prima dell'inizio del Periodo di Assicurazione di questa polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al Periodo di Retroattività della Polizza.

## NORME COMUNI

### **Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente/Assicurato.**

La Società determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato sui dati e le circostanze richiesti. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave. Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi al Contraente nei 2 (due) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

L'obbligo per l'Assicuratore di recedere dal contratto entro 2 (due) mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza non sussiste qualora l'Assicuratore scopra l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza dopo il verificarsi del sinistro. In tali casi l'Assicuratore ha il diritto di non liquidare il sinistro a prescindere dalla richiesta di annullamento che può essere fatta in qualsiasi momento ovvero, nell'ipotesi di cui all'articolo 1893 c.c., di ridurre proporzionalmente l'indennizzo eventualmente dovuto a prescindere dall'annullamento del contratto che può essere comunicato in qualsiasi momento.

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente Assicurazione.

### **Art.4 - Aggravamento e diminuzione del rischio**

Il Contraente/Assicurato inoltre deve comunicare per iscritto alla Società ogni variazione del rischio che ne determini aggravamento o riduzione, ai sensi di quanto stabilito dagli articoli 1897, 1898 del codice civile.

La comunicazione deve avvenire entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di variazione.

**Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.**

In caso di **diminuzione del rischio** durante il Periodo di Assicurazione non dovuta a cessazione definitiva dell'attività professionale, le Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività Assicurata cessata continuano ad essere garantite alle condizioni in vigore, fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso; in tal caso, al Contraente non sarà dovuto alcun rimborso del Premio.

**Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non assicurabile con la presente Polizza, la copertura assicurativa non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'Attività Assicurata già oggetto di copertura.**

### **Art. 5 - Altre assicurazioni – Secondo rischio**

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per il rischio descritto in Polizza. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno la ragione sociale degli altri.

Se l'Assicurato e/o il Contraente omettono dolosamente di dare l'avviso, la Società non è tenuto a pagare l'indennità.

Qualora esistano e siano operanti altre assicurazioni contratte a coprire le stesse responsabilità e le stesse Perdite Patrimoniali, quest'Assicurazione opererà **“a secondo rischio”** e cioè solo dopo che i Massimali previsti dalle altre assicurazioni siano totalmente esauriti, fermo, in ogni caso, il Massimale e ferma la Franchigia a carico dell'Assicurato stabiliti in Polizza.

#### **Art. 6 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza 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.

Il Premio o le rate di Premio possono essere pagati a **GAVA BROKER SRL** o a **BEAH ITALIA SRL**.

Il Premio può essere pagato con i seguenti mezzi:

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile intestato all'Intermediario;
- ordine di bonifico bancario, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbia come beneficiario gli Assicuratori o l'intermediario in qualità di agente degli Assicuratori;
- contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento; rimangono immutati le successive scadenze e il diritto di **BEAH ITALIA SRL** a ricevere i pagamenti dei premi scaduti. Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

#### **Art. 7 - Risoluzione per mancato pagamento del premio**

In caso di mancato pagamento del Premio nei termini previsti dal precedente Art. 27 la Società ha facoltà di agire ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile. Resta inteso che, in caso di risoluzione del contratto per mancato pagamento del Premio, anche i Sinistri denunciati non risulteranno in garanzia.

#### **Art. 8 – Durata della Polizza**

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto e scadenza alle ore 24:00 dei giorni indicati nella Scheda di Polizza, fermo quanto previsto all'Art. 6 - *“Pagamento del Premio”*.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire il Contratto in essere da parte del Contraente o della Compagnia, da effettuare mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza, quest'ultimo s'intende prorogato di un anno e così successivamente.

#### **Art. 9 - Variazioni contrattuali a scadenza**

Ad ogni scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, anche ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023 e con riferimento al verificarsi o meno di sinistri, la Società comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie, in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del Premio stesso e del fabbisogno finanziario della Società.

Se il **Contraente** intende rinnovare l'Assicurazione, le condizioni relative e il **Premio** del nuovo contratto saranno in ogni caso determinati in base alle informazioni e dichiarazioni aggiornate, fornite dall'Assicurato alla Società.

#### **Art. 10 - Modifiche**

Le modifiche della presente Polizza dovranno essere provate per iscritto.

#### **Art. 11 - Comunicazione tra le Parti**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte per iscritto, tramite posta elettronica e/o posta elettronica certificata (PEC) e inviate **info@beah.it** o a **beahitalia@pec.it** o presso la sede legale descritta nei documenti informativi di polizza.

Le comunicazioni alle quali è tenuta la società, in esecuzione del contratto, devono essere fatte per iscritto secondo le modalità e presso gli indirizzi concordati con il Contraente, salvo qualsiasi comunicazione emessa tramite broker (Art. 32 – CLAUSOLA BROKER)

#### **Art. 12 - Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente può recedere dal presente contratto assicurativo mediante posta elettronica, PEC o lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

La Società può recedere dal presente contratto assicurativo con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Assicurato per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

In caso di recesso, al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non corso.

#### **Art. 13 - Responsabilità in solido**

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche, Strutture) la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

#### **Art. 14 - Diritto di Surrogazione**

Nel caso in cui dovesse essere effettuato un qualsiasi pagamento ai sensi della presente Polizza in relazione a una Richiesta di Risarcimento, la Società si intenderà immediatamente surrogata in tutti i diritti dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 1916 del Codice Civile.

La Società che ha pagato l'Indennizzo è surrogata fino alla concorrenza di tale ammontare, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

La Società avrà il diritto di far valere ed esercitare tali diritti anche in nome dell'Assicurato che, a tale fine, si impegna a fornire all'Assicuratore, entro limiti ragionevoli, la sua assistenza e collaborazione, compresa la firma di atti e documenti necessari.

L'Assicurato è responsabile verso la Società del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

#### **Art. 15 - Estensione territoriale**

L'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo ove l'Assicurato eserciti su incarico della Struttura sanitaria di diritto italiano, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

L'Assicurato deve avere la residenza o il domicilio professionale in Italia e comunque l'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento che siano fatte valere in Italia: è sempre 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. La Società, pertanto, non è obbligata per Richieste di Risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

#### **Art. 16 - Oneri fiscali**

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al Premio, agli indennizzi, alla Polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

#### **Art. 17 - Legge applicabile e Foro competente**

Per le controversie relative al contratto il foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato o dei loro aventi diritto.

Per quanto non diversamente regolato, la legge applicabile è quella della Repubblica Italiana.

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della Polizza, valgono le norme di Legge.

#### **Art. 18 - Eccezioni opponibili al terzo**

Sono direttamente opponibili dall'Assicuratore al Terzo danneggiato, ai sensi dell'articolo 8 del Decreto legge 15 dicembre 2023 numero 232 le seguenti eccezioni di inoperatività della garanzia assicurativa:

- a) i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa;
- b) i fatti generatori di responsabilità verificatisi e le Richieste di Risarcimento avvenute al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto legge numero 232 del 15 dicembre 2023;
- c) le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma primo lettere q. ed r. con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma primo dell'articolo 10 della Legge;
- d) omesso pagamento del Premio di Polizza;
- e) omesso assolvimento dell'obbligo formativo ex articolo 38-bis del Decreto legge 6 novembre 202 n. 152 convertito con modificazioni dalla legge 29 dicembre 2021 n. 233.

#### **Art. 19 - Diritto di ripensamento**

Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto, con richiesta scritta da inviare a **GAVA BROKER SRL** o a **BEAH ITALIA SRL** tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC. A seguito della comunicazione di recesso, il contratto si considera privo di qualsiasi effetto fin dall'origine e quindi il Contraente e la società sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Di conseguenza la società rimborsa al Contraente il premio versato, al netto delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. L'esercizio del diritto di recesso rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.

## ESTENSIONI DELLA COPERTURA SEMPRE OPERANTI

### Articolo 20 - Estensioni della Copertura Assicurativa

Nei termini e alle condizioni tutte di cui alla presente Polizza, ivi comprese le esclusioni stabilite all'Articolo 21 (Esclusioni), l'Assicuratore risponde anche nei seguenti casi:

#### 20.1 Apparecchiature e Strumenti

La copertura della presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Danni Corporali e Materiali** e per **Perdite Patrimoniali** causati dall'**Assicurato** per l'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'**Attività Professionale** svolta dall'**Assicurato**, compreso l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici.

#### 20.2 - Direttore Sanitario

Fermi restando tutti i termini e le condizioni di Assicurazione e parziale deroga degli Articoli 20.30 e 20.32 della presente Polizza, la copertura della presente Polizza si intende estesa alle responsabilità derivanti all'Assicurato per le Richieste di Risarcimento per Danni Corporali e Perdite Patrimoniali causati involontariamente dall'Assicurato a terzi in relazione alla sua funzione di Direttore Sanitario, Dirigente di secondo livello, Primario. Sono escluse tutte le Obbligazioni Fiscali – sanzioni – multe - ammende inflitte direttamente all'Assicurato.

#### 20.3 Commissario di Gara

La copertura della presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Perdite Patrimoniali** causati dall'**Assicurato** dovuti a violazioni commesse dall'**Assicurato**, con colpa sia lieve che grave, nell'espletamento dell'attività accessoria di componente delle commissioni giudicatrici nelle procedure di affidamento dei contratti pubblici (commissario di gara), compresi i pregiudizi derivanti all'amministrazione aggiudicatrice per i quali si può adire la Corte dei Conti, svolta dall'**Assicurato** nei modi e nei termini previsti dalle vigenti normative. Sono escluse tutte le Obbligazioni Fiscali – sanzioni – multe - ammende inflitte direttamente all'**Assicurato**.

#### 20.4 Componente Organismo di Mediazione

La copertura della presente Polizza, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'Assicurato per le Richieste di Risarcimento per Perdite Patrimoniali causati dall'Assicurato dovuti a violazioni commesse dall'Assicurato, con colpa sia lieve che grave, nell'espletamento dell'attività accessoria di responsabile o di componente di Organismi di Mediazione, come previsto dal D. Lgs. n. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, nonché nel caso di rivalsa esperita dall'assicuratore dell'Organismo di Mediazione.

Qualora, per il medesimo Rischio, esista altra copertura assicurativa stipulata dall'Organismo di Mediazione, la presente copertura si intenderà operante per l'eccedenza rispetto a quanto risarcito dalla predetta altra polizza. In ogni caso la garanzia non opera qualora l'attività di mediazione coinvolga a qualsiasi titolo la Società e/o imprese assicurative e bancarie che siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate.

#### 20.5 -D.lgs. n. 81/2008

La presente Polizza, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'Assicurato per le Richieste di Risarcimento per Danni Corporali e Materiali e per Perdite Patrimoniali causati dall'Assicurato per gli incarichi assunti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (responsabile del servizio Prevenzione e Protezione, rappresentante per la Sicurezza) come regolati dalla normativa di cui al D.lgs. 81/2008, e successive modifiche

e/o integrazioni. Tale garanzia è operante a condizione che:

- a. il professionista sia in possesso dei requisiti richiesti per ricoprire l'incarico (ai sensi dell'art. 38 d.lgs. 81/2008);
- b. l'attività non sia svolta per conto di ditte o enti pubblici o privati di cui l'Assicurato sia socio a responsabilità illimitata, amministratore o dipendente. Sono escluse tutte le Obbligazioni Fiscali – sanzioni – multe - ammende inflitte direttamente all'Assicurato.

## 20.6 Tutoring e Docenza

La presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Danni Corporali e Materiali** e per **Perdite Patrimoniali** causati dall'**Assicurato** per l'attività di tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della Legge n. 212 del luglio 1990; è estesa, inoltre, alla responsabilità civile derivante all'**Assicurato** nella qualità di libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere.

## 20.7 Perizie e Consulenze Tecniche

La presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Perdite Patrimoniali** derivanti dallo svolgimento dell'attività di consulente e/o perito nell'ambito dell'attività professionale dichiarata, dell'attività di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM.

## 20.8 Fatto dei Dipendenti e Collaboratori

La copertura della presente **Polizza**, a parziale deroga di quanto previsto dall'*Articolo 20.30 (Danni / Perdite Patrimoniali)* della presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Perdite Patrimoniali** cagionate a **Terzi**, determinate da azione od omissione colposa o dolosa commessa, nell'ambito e nello svolgimento dell'**Attività Professionale** esercitata, da persone del cui operato l'**Assicurato** sia legalmente tenuto a rispondere, ivi comprese le persone che, al momento del fatto, erano suoi **Dipendenti/Collaboratori**, o nei casi in cui l'**Assicurato** sia il mandatario di un raggruppamento di professionisti, di ogni altra persona fisica o giuridica che operi congiuntamente con l'**Assicurato**, salvo quanto disposto all'*Articolo 14 (Diritto di Surrogazione)*.

## 20.9 Diffamazione e Danni all'Immagine

La presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Perdite Patrimoniali** per ingiuria o diffamazione commesse dall'**Assicurato** stesso o da taluna delle persone del cui operato l'**Assicurato** sia tenuto a rispondere, nell'ambito e nello svolgimento dell'**Attività Professionale** esercitata, salvo quanto disposto dall'*Articolo 14 (Diritto di Surrogazione)*. Sono escluse tutte le Obbligazioni Fiscali – sanzioni – multe - ammende inflitte direttamente all'**Assicurato**.

## 20.10 Violazione di Copyright

La presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Perdite Patrimoniali** per violazione di copyright di qualsiasi argomento stampato dall'**Assicurato**. L'obbligazione dell'**Assicuratore** a questo titolo non potrà superare il **Sotto Limite di Indennizzo** globale di Euro 100.000,00 (euro centomila/00) per l'insieme di tutte le **Richieste di Risarcimento** pertinenti ad uno stesso **Periodo di Assicurazione**.

Sono escluse tutte le Obbligazioni Fiscali – sanzioni – multe - ammende inflitte direttamente all'**Assicurato**.

## 20.11 Spese Ripristino Reputazione

Fermi restando tutti i termini e le condizioni di assicurazione, l'**Assicuratore** rimborserà le spese, approvate con un preventivo consenso scritto dell'**Assicuratore**, e relativi ad una campagna pubblicitaria atta al ripristino della reputazione dell'**Assicurato** in conseguenza di una **Richiesta di Risarcimento** avanzate nei suoi confronti.

## ESTENSIONE DELLA COPERTURA ACQUISTABILI CON PAGAMENTO DI PREMIO AGGIUNTIVO

### **Art. 20.12 - Postuma per cessazione definitiva dell'attività**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 (**da intendersi quello sulla Validità temporale**) in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, intervenuta durante il periodo di efficacia dell'Assicurazione, per cause diverse dalla sospensione o dalla radiazione dall'Albo, è facoltà dell'Assicurato o dei suoi eredi richiedere, entro 60 giorni dalla documentata cessazione dell'attività, la proroga dell'Assicurazione di Responsabilità civile professionale per le richieste di risarcimento che sono pervenute all'Assicurato o ai suoi eredi nei 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività, se tali richieste si riferiscono a comportamenti posti in essere durante il periodo di efficacia della polizza e comunque prima della cessazione dell'attività.

L'Assicurato (e/o i suoi eredi) è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Società della sopravvenuta cessazione dell'attività professionale.

**La proroga della copertura viene prestata a fronte del pagamento di un Premio pari al 100% dell'ultimo premio pagato** ed ha effetto dalla scadenza anniversaria successiva al momento della cessazione dell'esercizio dell'attività professionale.

Il Massimale indicato in Polizza rappresenta la somma massima di esposizione della Società, a prescindere dal numero e dal valore delle Richieste di risarcimento presentate nei confronti dell'Assicurato.

### **20.13 - R.C. della Conduzione dello Studio**

La copertura della presente **Polizza**, si intende estesa alle responsabilità derivanti all'**Assicurato** per le **Richieste di Risarcimento** per **Danni Corporali** e **Materiali** dovuti a morte, lesioni all'integrità fisica e a danneggiamenti o distruzione di cose o di animali, conseguenti a suo fatto colposo nella conduzione dei locali adibiti a studio e uffici per lo svolgimento dell'**Attività Professionale** esercitata. La garanzia è operante anche quando detti **Danni** siano provocati da fatto colposo o doloso commesso da persone di cui l'**Assicurato** sia legalmente chiamato a rispondere, fermi i diritti di rivalsa verso costoro nel caso abbiano agito con dolo. Oltre ai casi di cui *agli Articoli previsti dalle Esclusioni*, in quanto applicabili, sono esclusi da questa estensione dell'**Assicurazione** i **Danni**:

- subiti da persone diverse dai **Terzi** quali definiti in questa **Polizza**;
- derivanti da qualunque attività non riconducibile all'**Attività Professionale** esercitata, anche se svolta nei predetti locali o relative pertinenze;
- che si verifichino in occasione di lavori di manutenzione straordinaria dei locali.

In relazione a questa estensione, la **Polizza** prevede un **Sotto Limite di Indennizzo** pari ad Euro 250.000,00 (euro duecentocinquantamila/00) per ogni **Richiesta di Risarcimento** ed in aggregato annuo. Tale **Sotto Limite di Indennizzo** è ricompreso nel **Massimale** e non è in aggiunta allo stesso.

## ESCLUSIONI

### **Art. 21 - Esclusioni dal novero dei terzi**

Agli effetti della Polizza non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori, i figli e i nipoti dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia;
- b) i collaboratori, gli ausiliari, i dipendenti ed i praticanti e le persone che si trovano con essi nei rapporti di cui alla lettera a);
- c) i dipendenti dell'Assicurato che subiscono il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- d) le imprese dell'Assicurato o di cui l'Assicurato stesso è legale rappresentante, socio a responsabilità illimitata, azionista di maggioranza o amministratore.

### **Art. 22 - Esclusioni**

Poiché l'Assicurazione è prestata nella forma "**Claims made**" e, come tale, è temporalmente limitata nella presente Polizza, dalla copertura sono esclusi:

- a. Le Richieste di Risarcimento che pervengano all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, alla Società) in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (in seguito all'attivazione dell'estensione di Ultrattività), fermo restando quanto previsto dall'Art. 27 (**OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**);
- b. Tutti i Sinistri relativi a fatti dannosi accaduti prima dell'inizio del Periodo di Retroattività stabilito nella Scheda di Polizza.
- c. Tutte le Richieste di Risarcimento che siano connesse e/o conseguenti a:
  - sentenze penali di condanna o di patteggiamento già emesse contro l'Assicurato
  - azioni giudiziarie civili già promosse contro l'Assicurato antecedentemente alla decorrenza della presente Polizza

Sono inoltre escluse dall'Assicurazione le richieste di Risarcimento:

1. **conseguenti a Fatti e/o Circostanze conosciuti dall'Assicurato prima della data di effetto della Polizza, anche se questi ultimi non sono mai stati denunciati ai precedenti assicuratori e anche se dichiarati nella Scheda di Polizza;**
2. conseguenti a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che, per qualunque motivo o causa, l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale;
3. relative a Danni che siano conseguenza dell'inottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di informazione e consenso informato ed in particolare, ma non esclusivamente, dal capo IV del Codice di Deontologia Medica ("**Informazione e Consenso**");
4. relative a pretese per la mancata rispondenza degli interventi di medicina e chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
5. 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 (i cosiddetti "**Punitive or Exemplary Damages**");
6. relative a Danni che si verifichino a causa di esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni, derivanti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, oppure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'attività professionale dichiarata dall'Assicurato al momento della stipulazione della presente Polizza;

7. relative a Danni derivanti da prescrizione e/o somministrazione di farmaci per scopi non terapeutici, non diagnostici o non di sperimentazione;
8. relative a Danni derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
9. relative a Danni riconducibili a proprietà, possesso e uso di veicoli o natanti a motore nonché alla loro circolazione;
10. relative a Danni causati da Perdite Patrimoniali Pure, così come definite in Polizza;
11. riconducibili alla violazione in materia di protezione dei dati personali così come definite dalla normativa vigente;
12. relative a qualsiasi attività esercitata o svolta dall'Assicurato che non possa essere ricompresa tra quelle inerenti e conseguenti le abilitazioni e la specializzazione dell'Assicurato stesso relativa alla presente Polizza;
13. relative ad attività e operazioni diverse dalle specialità mediche dichiarate nella Scheda di Polizza.
14. relative a danni che derivano da azioni dolose commesse dall'Assicurato;
15. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato qualora lo stesso non fosse iscritto all'Albo professionale del relativo Ordine e/o non fosse in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;
16. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato dopo che lo stesso abbia cessato l'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'Albo Professionale, oppure dopo che per qualunque motivo l'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale o licenziato per giusta causa e fino a che permanga tale situazione;
17. aventi ad oggetto la restituzione del compenso corrisposto all'Assicurato per la relativa prestazione professionale;
18. derivanti da consulenza *on line*, fatta eccezione per le operazioni peritali da remoto e per la telemedicina così come regolamentata dalla normativa vigente, o da pubblicazioni sul *web* in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
19. per pregiudizi alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia, o detenga a qualsiasi titolo;
20. riferite ad errori, omissioni o ritardi nella stipulazione, modifica, variazione di polizze di assicurazione e nel pagamento di premi di assicurazione;
21. relative alle spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano designati o approvati dalla Società ai sensi dell'Art. 29 (**PATTO DI GESTIONE DELLA LITE**).
22. relative a danni che derivano all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvale nell'esercizio della propria attività);
23. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato negli Stati Uniti d'America, in Canada ed in territori sotto la loro giurisdizione;
24. fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia;
25. conseguenti a furto, incendio, esplosione o scoppio;
26. per pregiudizi che si verificano 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'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle conseguenti agli aspetti tipici dell'Attività Assicurata;
27. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
28. relative a danni che derivano da conservazione, distribuzione del sangue e dei suoi preparati o derivati

di pronto impiego, da immunodeficienza acquisita, da patologie correlate, da epatiti e/o da contagio in genere;

29. riconducibili alla proprietà, possesso, circolazione di veicoli o natanti a motore anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'esercizio dell'Attività Assicurata;
30. derivanti dalla Responsabilità Civile che ricade ai sensi di legge sul fabbricante dei prodotti che l'Assicurato utilizza ai fini della propria attività professionale;
31. originate dai vizi e difetti relativi ad impianti di "Medical Device" sul paziente;
32. relative al trattamento dei dati personali con finalità commerciali, non conforme alla normativa vigente;
33. in qualsiasi modo derivanti dalla presenza e/o uso di amianto in genere;
34. connesse ad atti di guerra e/o terrorismo.
35. relative alla proprietà e/o conduzione dei locali adibiti a studio professionale;
36. relative a danni che derivano da attività di analisi genetica e ingegneria genetica e/o indagini ed analisi a carattere genetico e/o prenatale; sono escluse le attività relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (OGM), e/o dall'effettuazione di analisi chimiche nel settore merceologico ed ambientale;
37. riferite a danni che derivano da implantologia;
38. derivanti da danni originati dalla pratica della chirurgia estetica e medicina estetica, danni di natura estetica e fisionomica e le pretese conseguenti alla mancata rispondenza di interventi, applicazioni e/o terapie di tipo estetico e i trattamenti di cosmesi e l'esecuzione di tatuaggi e *piercing*;
39. inerenti all'attività svolta per conto di associazioni o federazioni sportive non a carattere dilettantistico o amatoriale;
40. perdite patrimoniali che derivano dall'attività professionale di medico competente;
41. richieste di risarcimento derivanti dalla partecipazione a organi e/o commissioni giudicanti o dall'attività di *Data Protection Officer* (DPO).
42. La presente polizza non copre:
  - qualsiasi perdita,
  - pretesa,
  - multe, ammende e penali,
  - costo o spesa di qualsiasi natura
  - responsabilità,
  - danni materiali o non materiali di qualunque natura,
  - danni da interruzione di esercizio,
  - costi di ricerca, di ricreazione, raccolta o assemblaggio dei Dati,
  - danni corporali e danni da *stress* emotivo/sofferenza psicologica di qualsiasi natura,
  - direttamente o indirettamente causati e/o derivanti da e/o connessi e/o attribuibili anche in parte ai seguenti eventi:
    - "Atto Cyber" e "Incidente Cyber" ivi inclusa, ogni azione adottata per controllarli, prevenirli, terminarli o porvi comunque rimedio;
    - Perdita di utilizzo, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di qualsiasi "Dato Informatico", compreso qualsiasi importo attinente al valore di tali Dati;indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che vi contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza.
43. derivanti da eventi legati ai PFAS, come qui definiti. La presente polizza esclude:
  1. qualsiasi lesione fisica, danno alla proprietà, perdita per lesioni personali e pubblicitarie,

- responsabilità, danno, risarcimento, malattia, malattia, morte, pagamento medico, costo di difesa, costo, spesa o qualsiasi altro importo direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca in modo concomitante o in qualsiasi sequenza, originato da, causato da, derivante da, contribuito da, risultante da, o comunque in connessione con le effettive, presunte o minacciate proprietà contaminanti, patogene, tossiche o altre proprietà pericolose dei PFAS; e
2. tutte le perdite, i costi e le spese derivanti da qualsiasi reclamo, contenzioso, controversia, arbitrato, indagine o qualsiasi altro procedimento legale o risoluzione di controversie, in tutto o in parte, direttamente o indirettamente causati da, derivanti da, risultanti da, basati su o in qualsiasi modo correlati a, uno qualsiasi dei seguenti comportamenti, inclusi, ma non limitati a:
- Inalazione, ingestione, consumo, contatto, esposizione, esistenza o presenza di prodotti o materiali contenenti PFAS, reali, presunti o minacciati; oppure
  - Progettazione, fabbricazione, produzione, uso, vendita, installazione, immissione sul mercato, rimozione, distribuzione, manipolazione, imballaggio, stoccaggio, commercializzazione, lavorazione o qualsiasi altra attività commerciale simile relativa a prodotti o materiali contenenti PFAS; oppure
  - Verifica, monitoraggio, bonifica, abbattimento, rimozione, contenimento, trattamento, disintossicazione, neutralizzazione, bonifica, smaltimento o in qualsiasi modo risposta o valutazione degli effetti di prodotti o materiali contenenti PFAS; o
  - Mancata segnalazione alle autorità di prodotti o materiali contenenti PFAS; o
  - Mancata segnalazione di potenziali conseguenze o inadeguatezza delle avvertenze relative a uno dei comportamenti descritti sopra.

#### ***Art. 23 - Omesso assolvimento obblighi formativi***

L'Assicurazione non opera a favore di un Assicurato che non abbia assolto all'obbligo di formazione individuale nella misura precisata dall'articolo 38-bis del Decreto legge 6 novembre 2021 n. 152 convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2021 n. 233.

#### ***Art. 24 - Fecondazione Assistita***

L'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti alla pratica della fecondazione o procreazione assistita, nonché alla diagnosi genetica e/o cromosomica prenatale, se precisato nella Scheda di Copertura.

#### ***Art.25 - Stato di Gravidanza***

L'Assicurazione non opera per le Richieste di Risarcimento causate da, connesse o conseguenti allo stato di gravidanza o alla permanenza dello stato di gravidanza derivante dall'errata pratica di attività sanitarie aventi finalità anticoncezionali o di interruzione della gravidanza; si intendono invece compresi i Danni cagionati alle pazienti in occasione delle suddette attività sanitarie.

#### ***Art. 26 - Inoperatività della copertura per sanzioni internazionali***

La Società non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare un Sinistro o a fornire una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare il Sinistro o fornire la prestazione espone la Società a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

## NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

### **Art.27 - Denuncia del Sinistro - Obblighi in caso di Sinistro**

L'Assicurato, entro i 30 (trenta) giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza, deve fare alla Società, denuncia scritta di ogni **Richiesta di Risarcimento** fatta contro di lui per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione; tale denuncia deve contenere la data e la narrazione dei fatti, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile all'Assicuratore;

Considerato che questa è un'Assicurazione prestata nella forma "*Claims Made*", l'Assicuratore respingerà qualunque denuncia effettuata dopo la data di cessazione del Periodo di Assicurazione, salvo che i 30 (trenta) giorni di tempo per denunciare una Richiesta di Risarcimento cadano, in tutto o in parte, dopo tale data di cessazione, salvo quanto disposto all'Art 20 (**Postuma per cessazione definitiva dell'attività**).

Se esistono altre Assicurazioni a coprire gli stessi rischi o Danni, così come previsto dall'Art. 5 (**Altre assicurazioni – Secondo rischio**), l'Assicurato è tenuto a denunciare la Richiesta di Risarcimento, con le modalità e nei termini previsti dalle rispettive Polizze, anche agli altri Assicuratori interessati, indicando a ciascuno il nome degli altri (Articolo 1910, terzo comma, del Codice Civile).

In caso di tardiva comunicazione, resterà a carico dell'Assicurato ogni maggior onere sofferto dall'Assicuratore, derivante dal ritardo. Si concorda comunque che eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento, mentre il caso di colpa grave nell'inadempimento degli obblighi di cui sopra, può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento (art. 1915 del Codice Civile). In caso di comportamento doloso nell'inadempimento degli obblighi di cui sopra, l'Assicurato perderà il diritto all'Indennizzo.

Pena la perdita del diritto all'Indennizzo:

- a. l'Assicurato deve fornire alla Società l'assistenza necessaria e tutte le informazioni e documentazione utile per la gestione del Sinistro;
- b. l'Assicurato non deve, senza il previo consenso scritto dell'Assicuratore, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo. In caso di dissenso sull'opportunità di resistere alle pretese del Terzo, le Parti si rimetteranno al parere di un legale qualificato da nominarsi di comune accordo dall'Assicurato e dall'Assicuratore;
- c. la Società non potrà definire in maniera transattiva alcuna Richiesta di Risarcimento senza il previo consenso scritto dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato opponesse un rifiuto a una transazione raccomandata dalla Società preferendo resistere alle pretese del Terzo o proseguire l'eventuale azione legale, l'obbligo risarcitorio della Società 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, gli oneri e le spese maturate fino alla data di tale rifiuto, fermo in ogni caso il Limite di Indennizzo applicabile in quel momento e ferma la Franchigia a carico dell'Assicurato, così come previsto dall'Art 30 (**Massimale — SottoLimiti di Indennizzo**) e dall'Art 31 (**Franchigia**).

### **Art. 28 - Termine per il pagamento del Sinistro**

Ricevuta la documentazione necessaria per l'accertamento del diritto all'**Indennizzo** e per la sua quantificazione secondo le presenti Condizioni di assicurazione, la Società procede:

- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato;

Il pagamento sarà effettuato entro trenta (30) giorni dall'accettazione dell'offerta da parte del Contraente/Assicurato o del terzo danneggiato.

La Società procederà comunque al pagamento delle eventuali somme non contestate.

#### **Art. 29 - Patto di gestione della lite**

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze in nome e per conto dell'Assicurato in sede stragiudiziale, giudiziale, amministrativa, designando, ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'Assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto del Massimale riportato nei documenti di Polizza. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al Massimale, le spese giudiziali si ripartiscono tra la Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 Codice civile.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti la gestione della lite, la Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato.

#### **Art. 30 - Massimale e Sottolimiti**

Il **Massimale** esposto in Polizza rappresenta l'esborso cumulativo massimo fino a concorrenza del quale la Società è tenuta a rispondere, per capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutte le Richieste di Risarcimento pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione.

Qualunque sia il numero di Richieste di Risarcimento, dei reclamanti e degli Assicurati coinvolti, l'obbligazione dell'Assicuratore non potrà mai, in nessun caso, essere maggiore di tale Massimale. Ogni importo pagato dall'Assicuratore per ciascuna Richiesta di Risarcimento andrà pertanto a ridurre il Massimale pertinente al relativo Periodo di Assicurazione.

Il Massimale di un Periodo di Assicurazione non si cumula in nessun caso con quello di un periodo precedente o successivo né in conseguenza di proroghe, rinnovi o sostituzioni del contratto né per il cumularsi dei Premi pagati o da pagare.

Se per una voce di rischio è previsto un **Sottolimito** di Indennizzo, questo non è in aggiunta al Massimale ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima della Società per quella voce di rischio.

#### **Art. 31 - Franchigia**

L'Assicuratore risponderà unicamente delle Richieste di Risarcimento che superano l'ammontare della Franchigia.

La Franchigia è a carico esclusivo dell'Assicurato e deve rimanere non assicurata.

Un unico ammontare di Franchigia sarà applicato alle Perdite Patrimoniali derivanti da tutte le Richieste di Risarcimento riguardanti il medesimo fatto colposo, a uno stesso errore o una stessa omissione o a più fatti, errori od omissioni attribuiti a una medesima causa.

L'Assicuratore potrà, a sua totale discrezione, anticipare interamente o in parte la Franchigia. In tale caso, l'Assicurato dovrà provvedere a rimborsare immediatamente all'Assicuratore gli importi da questo anticipati dietro dimostrazione dell'avvenuta anticipazione, entro 15 (quindici) giorni dalla stessa. La Franchigia non si applica alle spese legali e peritali, così come previsto dall'**Art. 29 (Patto di gestione della lite)**.

#### **Art 32 - CLAUSOLA BROKER – COMUNICAZIONI AGLI ASSICURATORI**

Il Contraente con il presente documento, conformemente all'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni Private (D.Lgs. n. 209 del 7.9.2005), conferma di aver affidato la gestione e l'esecuzione del presente contratto di assicurazione al Broker menzionato al punto 19 della Scheda di Copertura.

**Accelerant Insurance Europe SA/NV**

con sede legale in Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, Capitale Sociale €20.561.500,00  
Autorità di Vigilanza Competente National Bank of Belgium e Financial Services and markets authority – Abilitata ad operare in Italia  
in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172 del 02.12.2020.  
Rappresentanza Generale per l'Italia: via P. Paleocapa, 1, 20121 Milano (Italia) – Tel. 02 910 94 800  
e-mail: [italia@accelins.com](mailto:italia@accelins.com) PEC: [accelerantinsuranceeu@legalmail.it](mailto:accelerantinsuranceeu@legalmail.it) - P.IVA: 16084711007 - REA: MI 2760593



Il Contraente si impegna ad effettuare qualsiasi comunicazione riguardante il presente contratto di assicurazione mediante lettera raccomandata o Posta Certificata (PEC) e/o tramite il menzionato Broker, delegato dal Contraente alla gestione del presente contratto di assicurazione.  
Questo articolo non pregiudica in alcun modo la notificazione agli Assicuratori.

\* \* \* \*

**Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli di seguito richiamati:**

- Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione
- Art. 2 Validità temporale dell'Assicurazione "Claims Made" – retroattività;
- Art. 3 - Dichiarazioni del Contraente/Assicurato.
- Art.4 - Aggravamento e diminuzione del rischio
- Art. 5 - Altre assicurazioni – Secondo rischio
- Art. 8 – Durata della Polizza
- Art. 10 - Modifiche
- Art. 12 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 13 - Responsabilità in solido
- Art. 14 - Diritto di Surrogazione
- Art. 17 - Legge applicabile e Foro competente
- Art. 20.12 - Postuma per cessazione definitiva dell'attività
- Art. 22 – Esclusioni;
- Art. 26 - Inoperatività della copertura per sanzioni internazionali
- Art.27 - Denuncia del Sinistro - Obblighi in caso di Sinistro
- Art. 28 - Termine per il pagamento del Sinistro
- Art. 29 - Patto di gestione della lite