

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE

La presente Polizza/Convenzione è prestata nella forma “*claims made*” e quindi la Polizza copre i Sinistri notificati all’Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono a interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicurato	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
Assicuratori	la Lloyd’s Insurance Company S.A
Circostanza di Sinistro	<p>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l’Assicurato dell’instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l’Assicurato medesimo ai fini dell’azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24);</p> <p>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l’Assicurato dell’avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l’Assicurato medesimo ai fini dell’azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24).</p> <p>L’inchiesta giudiziaria penale promossa contro l’Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall’oggetto di questa assicurazione e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• L’avviso di garanzia notificato all’Assicurato;• Accertamento tecnico non ripetibile notificato all’Assicurato

Contraente	Il soggetto che stipula la presente Polizza/Convenzione in nome e per conto degli Assicurati
Coverholder	Il soggetto che emette e amministra il contratto assicurativo. Il Coverholder opera in qualità di agente della Lloyd's Insurance Company S.A. ai sensi del Contratto di nomina Coverholder, secondo il riferimento unico di mercato indicato nel presente Certificato.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali
Intermediario	il Broker o Agente di assicurazioni a cui il Contraente abbia affidato la gestione del contratto di assicurazione
Fatti Noti	Per Fatti Noti si intendono quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, querele, atti giudiziari, richieste di risarcimento da parte di terzi e/o la comunicazione ex art 13 delle legge 8 marzo 2017, n. 24) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei.
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il Sinistro in Serie 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 che ha inizio e termine alle date fissate nell'ao Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.

Polizza	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione
Richiesta di risarcimento	<p>l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;</p> <p>la domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.</p>
Scheda e Scheda di Copertura	I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo
Sinistro	La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
Sinistro in Serie	<p>Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentato nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo).</p> <p>Attacco Informatico: Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.</p>
Attacco Informatico	Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Incidente informatico

Qualsiasi errore o omissioni o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Sistema informatico

Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ
---------------------	--

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato o, nel caso di azione diretta, agli Assicuratori per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività indicata in Scheda di Copertura.

Articolo 1.2	CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE
---------------------	------------------------------------

La presente Polizza viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati e con espresso consenso degli stessi, che formalmente si manifesta attraverso la sottoscrizione del questionario e se non richiesta, tramite comunicazione scritta al Coverholder, in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

€ 5.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile

oppure

€ 2.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile

Oppure

€ 1.000.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
-------------------	-----------------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.
- L'assicurazione è riferita anche a sinistri e circostanze derivanti da attività di pronto soccorso prestate per ragioni deontologiche.
- La polizza copre anche sinistri derivanti dall'attività di ricerca e telemedicina.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile a un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti o al Giudice ordinario per colpa grave a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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 per colpa grave.

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, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Articolo 5	NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"
-------------------	-------------------------------------

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

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 6

LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 7

PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
--

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel questionario e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale *intra moenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 8

ESCLUSIONI

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

- a. Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di decorrenza della prima polizza - anche se in continuità assicurativa - anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori. Non costituiscono un fatto noto la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della struttura/ente di appartenenza in relazione a un evento/circostanza di sinistro. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono fatti noti la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale, la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione della Struttura Sanitaria Privata di appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- c. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d) I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- e) Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
- f) I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) I 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) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) I Danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- n) Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;
- o) I Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) I Danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- r) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;

- s) Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.
- t) derivanti da qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.
- u) PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, prodotti correlati e prodotti chimici. Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:
- (1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorotano sulfonato (PFOS), acido perfluorotanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFESA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;
 - (2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------------	--------------------------------

In caso di responsabilità solidale per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione e regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori 10 anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'assicurato durante il Periodo di efficacia incluso il periodo di retroattività, purché ne venga data comunicazione agli Assicuratori.

Qualora durante il periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza in corso e previo pagamento di un premio aggiuntivo da stabilirsi di volta in volta, è riservata all'assicurato – che abbia stipulato il presente contratto per almeno un anno – la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Tale facoltà è esercitabile entro 30 giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo. Valgono le modalità previste dall'articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("claims made") RETROATTIVITA'.

Articolo 11	VARIAZIONI DEL RISCHIO
--------------------	-------------------------------

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 Codice Civile) o un aggravamento (articolo 1898 Codice Civile) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) nè limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

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

Articolo 12	PAGAMENTO DEL PREMIO
--------------------	-----------------------------

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Fermo quanto sopra e solo in caso di rinnovo della copertura tramite lo stesso Assicuratore, se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (termine di mora) .

Articolo 13	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

Articolo 14	RISOLUZIONE ANNUALE DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Il contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga

Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
--------------------	---

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile 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.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, che coprano 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.

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	---

Fermo restando le Definizioni di Polizza “Richiesta di risarcimento” e di “Circostanza di sinistro” è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

La notifica di una “Circostanza di sinistro” sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

In particolare l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare, ma le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato. La denuncia va fatta a Link Underwriting Agency Corso Trieste 19 – 00198 Roma.

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 a una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	------------------------------------

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

Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 10 – Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione.

Articolo 18	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 19	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 20**CLAUSOLA INTERMEDARIO**

Con la sottoscrizione del presente contratto:

- Il Contraente, anche per conto di ogni altro soggetto Assicurato da questa polizza, affida all'Intermediario indicato nella Scheda di Copertura la gestione di questo contratto di assicurazione;
- Gli Assicuratori conferiscono al Coverholder indicato nella Scheda l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questo contratto di assicurazione.

E' convenuto pertanto che:

- a) ogni comunicazione fatta all'Intermediario dal Coverholder si considererà come fatta al Contraente e all'Assicurato;
- b) ogni comunicazione fatta dall'Intermediario al Coverholder si considererà come fatta dal Contraente e dall'Assicurato;
- c) ogni comunicazione fatta al Coverholder si considererà come fatta agli Assicuratori;
- d) ogni comunicazione fatta dal Coverholder si considererà come fatta dagli Assicuratori

Articolo 21**NORME DI LEGGE**

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

Articolo 22**PREMIO**

Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello previsto a seconda della qualifica professionale indicata e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.

CATEGORIA ASSICURATIVA	QUALIFICA
A	Dirigente medico e veterinario
B	Medico convenzionato e contrattista
C	Dirigente sanitario non medico
D	Medico in formazione specialistica
E	Direttore generale, amministrativo, sanitario, sociale, Risk Manager
F	Componente Comitato Etico
G	Dirigente professionale, tecnico e amministrativo

H	Quadro sanitario / Personale sanitario
I	Restante personale non sanitario
L	DirigenteInfermieristico

La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sulla scheda di polizza a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza)

Articolo 23	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
--------------------	--------------------------------------

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione (qualora necessario) l'Assicurato dichiara :

- 23.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel questionario, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;
- 23.2 che in forza del C.C.N.L. di lavoro vigente o in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la Struttura Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;
- 23.3 di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali;
- 23.4 di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di fatti o circostanze che possano determinare o che abbiano determinato Richieste di risarcimento in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso, salvo quanto eventualmente dichiarato sul questionario

Articolo 24	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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 25	CLAUSOLA BONUS MALUS
--------------------	-----------------------------

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni e con riferimento alla sinistrosità pregressa relativa agli ultimi 3 (tre) anni con l'Assicuratore, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo.

Data	L'Assicurato o il Contraente

L'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Polizza e, agli effetti dell'articolo 1341 e 1342 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 della Polizza:

- | | |
|--------------|--|
| Articolo 1.1 | FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ |
| Articolo 8 | ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1) |
| Articolo 14 | RISOLUZIONE ANNUALE DELL'ASSICURAZIONE |
| Articolo 15 | COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI |
| Articolo 16 | OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO |
| Articolo 17 | RECESSO IN CASO DI SINISTRO |
| Articolo 20 | CLAUSOLA INTERMEDIARIO |
| Articolo 24 | RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE |

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Anche agli effetti degli art. 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato dichiara 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 propria e/o dei suoi sostituti, collaboratori o dipendenti con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza della presente polizza e anche ove egli ne disconoscesse la riferibilità al comportamento proprio o dei suoi ausiliari, salvo quanto eventualmente dichiarato nel questionario.

Il Contraente/Assicurato dichiara, inoltre, di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Set Informativo e segnatamente:

- DIP Danni;
- DIP Aggiuntivo Danni;
- Condizioni di Assicurazione;
- Questionario-Proposta

.....
Data

.....
Il Contraente / Assicurato



CLAUSOLA DI ESCLUSIONE RISCHI GUERRA E TERRORISMO

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

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

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2. Nel caso in cui gli Assicuratori eccepiscano l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Assicuratori graverà sull'Assicurato. Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte degli organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola

08/10/01 NMA 2918

Clausola Sanzioni, Limitazioni ed Esclusioni

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri)assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'(ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

LMA3100A

5 Ottobre 2023

ESCLUSIONE DEI RISCHI DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DEI DANNI CAGIONATI DA IMPIANTI NUCLEARI ESPLOSIVI

Esclusione di contaminazioni radioattive e assemblaggio di esplosivi nucleari.

Questa polizza non copre:

a) Perdita o distruzione o danno di qualsiasi proprietà o perdita o spesa che risulti o derivi da

quanto sopra o qualsiasi perdita che ne consegua;

b) Qualsiasi responsabilità legale di qualsiasi natura

Direttamente o indirettamente causata da o che abbia contribuito o derivi da:

i) Radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da carburante nucleare o da rifiuti nucleari

derivanti dalla combustione di carburante nucleare

ii) Le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre caratteristiche pericolose di qualsiasi assemblaggio di esplosivi nucleari o delle sue componenti nucleari

04/04/1968

NMA1622

CONTRAENTE/ASSICURATO

DATA

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Chi siamo

Siamo Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Europe") una compagnia assicurativa autorizzata e disciplinata dalla Banca Nazionale del Belgio (NBB) e regolamentata dall'Autorità per i Servizi e i Mercati Finanziari (FSMA). La nostra sede legale è in Place du Champ de Mars 5, Bastion Tower, 14° piano, 1050 Bruxelles, Belgio. Il numero di società/partita IVA è BE 0682.594.839, RPR/RPM Bruxelles. LIC è una società controllata al 100% dalla Society of Lloyd's, 1 Lime Street, Londra, EC3M 3HA, Regno Unito (Society of Lloyd's).

Quali sono i dati personali che trattiamo

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni necessarie che la riguardano per fornirle la copertura assicurativa o la copertura assicurativa di cui è beneficiario, e per rispettare i nostri obblighi legali e gli obblighi degli altri soggetti della catena assicurativa.

Tali informazioni comprendono dettagli quali il suo nome, il suo indirizzo e i suoi recapiti e qualsiasi altra informazione che otteniamo su di lei in relazione alla copertura assicurativa o alla copertura di cui è beneficiario. Tali informazioni potrebbero includere speciali categorie di dati personali come per esempio informazioni sulla sua salute e su possibili condanne penali.

Perché raccogliamo i suoi dati personali e qual è la base giuridica del trattamento

Raccogliamo e utilizziamo i suoi dati personali per fornirle la copertura assicurativa. La base giuridica è costituita dall'adempimento del contratto con Lei in qualità di soggetto interessato e dal soddisfacimento degli obblighi di legge, tra cui gli obblighi assicurativi e fiscali.

Per il trattamento di dati personali sensibili sulla salute, la base giuridica generale è costituita dal consenso, salvo il caso in cui sussista un diritto legale a livello locale come base giuridica.

Ai fini del trattamento dei dati personali dei minori, la base giuridica è il consenso dato o approvato dal titolare della potestà genitoriale sul minore.

Possiamo inoltre trattare i suoi dati personali per la prevenzione e il rilevamento delle frodi, utilizzando come base giuridica l'interesse legittimo.

Con chi condividiamo i suoi dati personali

In base a come funziona l'assicurazione, i suoi dati possono essere condivisi e utilizzati da diverse terze parti del settore assicurativo (all'interno e all'esterno dello Spazio economico europeo - SEE). Ad esempio, assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, autorità di regolamentazione, agenzie di polizia, agenzie di prevenzione e rilevamento di frodi e crimini e banche dati assicurative obbligatorie. Divulgheremo i suoi dati personali esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura in cui ciò sia richiesto o permesso dalla legge.

Occasionalmente potremmo aver necessità di condividere i suoi dati personali con terze parti al di fuori del SEE e adotteremo costantemente misure volte a garantire che qualsiasi trasferimento internazionale di dati sia gestito con la massima diligenza per proteggere i suoi diritti ed interessi:

- Trasferiremo i suoi dati personali solo verso paesi riconosciuti in grado di fornire un livello adeguato di protezione legale o nei quali possiamo essere sicuri che siano in vigore accordi alternativi per proteggere i diritti alla privacy.

- I trasferimenti a fornitori di servizi e ad altre parti terze saranno sempre tutelati da impegni contrattuali e, se opportuno, da ulteriori garanzie.
- Qualsiasi richiesta di informazioni che riceveremo dalle forze dell'ordine o dalle autorità di regolamentazione sarà attentamente verificata prima di divulgare i dati personali.

Durata della conservazione dei dati

Conserviamo i suoi dati personali per un periodo di tempo non superiore a quello strettamente necessario per fornire l'assicurazione stipulata o per adempiere ai nostri requisiti legali o normativi.

Elimineremo o cancelleremo in modo sicuro i dati personali in assenza di un valido motivo commerciale per conservarli. In circostanze eccezionali, potremmo conservare i suoi dati personali per periodi più lunghi qualora ritenessimo che vi sia una possibilità di contenzioso, in caso di reclami o in presenza di un'altra valida ragione commerciale che richieda l'utilizzo dei dati in futuro.

Dati relativi ad altre persone che ci fornite

Qualora lei ci fornisca (o il suo agente o broker assicurativo) i dati di altre persone, deve accertarsi che la presente informativa sulla protezione dei dati sia fornita anche a loro.

Reclami, contatti con noi e con l'ente regolatore e i suoi diritti

Se desidera sapere come utilizziamo i suoi dati o vedere una copia della nostra informativa sulla privacy completa, ci contatti al seguente indirizzo LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com o consulti l'informativa sulla privacy sul sito web <https://www.lloydseurope.com> dove sono disponibili tutti i dettagli.

In relazione alle informazioni che deteniamo su di lei, gode dei seguenti diritti:

Diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto all'obiezione, diritto alla revoca del consenso.

Se desidera esercitare i suoi diritti, può contattare l'agente assicurativo o il broker assicurativo che ha stipulato la sua assicurazione all'indirizzo:

Link Srl

Corso Trieste, 19 – 00198 Roma (RM)

Tel . +39 06 90206112 - Fax +39 06 87815040

Email: info@link-ua.com

Ha il diritto di esporre un reclamo all'autorità competente per la protezione dei dati, ma la esortiamo a contattarci prima di agire in tal senso.

Consenso

Per il trattamento di dati personali sulla salute o genetici, e per il trattamento di dati personali di minori di età inferiore ai 16 anni, in relazione alla copertura assicurativa, l'agente assicurativo o il broker assicurativo che ha predisposto il contratto le chiederà il consenso attraverso il modulo di consenso alla protezione dei dati, ad eccezione dei paesi in cui, per il trattamento di dati personali sensibili sulla salute, nel contesto di una polizza assicurativa, è previsto un diritto legale locale in tal senso.

Il trattamento dei dati personali dei minori sarà considerato legittimo laddove il consenso sia dato o autorizzato dal titolare della responsabilità genitoriale sul minore.

Gli Stati membri possono stabilire per legge un'età inferiore per tali finalità, a condizione che questa non sia inferiore a 13 anni.

Lei può liberamente esprimere il suo consenso, tuttavia, se non lo fa o se lo revoca, ciò potrebbe influire sulla nostra capacità di fornire la copertura assicurativa di cui lei beneficia e potrebbe impedirci di fornirle la copertura o di gestire le sue richieste di indennizzo.

Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati

Per qualsiasi domanda relativa alla protezione dei dati, alla quale il candidato ritiene che possiamo rispondere, lo stesso può contattare il nostro Responsabile della protezione dei dati:

Responsabile della protezione dei dati

Lloyd' s Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Place du Champ de Mars 5
1050 Bruxelles
Belgio
Email: LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

LBS0046D
17/03/2023