AEC
UNDERWRITING



RC Medica

Colpa grave

Il presente set informativo contiene:

- DIP
- DIP Aggiuntivo
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione
- Informativa Privacy
- Questionario / Modulo proposta

Assicurazione della Responsabilità per colpa grave
Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Coverys International Insurance Company DAC
Coverys International Insurance Company DAC è registrata in Irlanda con il numero: 680074 e soggetta alla vigilanza della Central Bank of Ireland.
Sede legale: The Victorians, 15-18 Earlsfort Terrace, Dublin 2, Ireland.
Coverys International Insurance Company DAC è ammessa ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi con Codice Ivass 41100.

Prodotto: Assicurazione della Responsabilità per colpa grave

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?
La presente polizza è rivolta al singolo esercente la professione sanitaria, dipendente o operante a qualunque titolo presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, a copertura della responsabilità derivante da colpa grave.
L'Assicurazione è prestata nella forma "*claims made*" ossia copre le Richieste di Risarcimento ricevute per la prima volta dall'Assicurato (o, in caso di azione diretta, dall'Assicuratore) durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante detto periodo purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività convenuta.

Che cosa è assicurato?

Responsabilità civile per colpa grave
Il patrimonio dell'Assicurato da quanto questi sia tenuto a pagare per Danni cagionati a terzi che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura di appartenenza e/o da parte dei suoi assicuratori, unicamente nei casi di:

a. azione di responsabilità amministrativa esperita dalla Struttura pubblica 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 o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dall'Assicuratore;
b. azione di rivalsa esperita dalla Struttura privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge o nel caso in cui sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dall'Assicuratore;
c. azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazione dalla Struttura pubblica o privata 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.

L'Assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'Attività esercitata dall'Assicurato, ivi incluse quelle di inquadramenti professionali di minor rischio, anche svolte antecedentemente alla sottoscrizione della presente polizza.

Garanzie aggiuntive opzionali (operanti solo se attivate dal Contraente e previo pagamento del Premio aggiuntivo):

- **Condanna in solido con la Struttura** (Sottolimite di indennizzo pari a € 500.000,00): l'Assicuratore si obbliga a a tenere indenne l'Assicurato delle somme che questi sia tenuto a pagare, in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale la Struttura e/o la Compagnia di Assicurazione della Struttura e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti in solido tra loro al pagamento di somme a terzi soggetti, incluso il caso di condanna al pagamento di una provvisionale in sede penale.
La presente estensione è operante unicamente nel caso in cui

Che cosa non è assicurato?

La garanzia non opera nel caso di Richiesta di Risarcimento:

- per Danni causati da un'azione o omissione dolosa dell'Assicurato;
- pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, all'Assicuratore) in data successiva a quella della scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (qualora tale garanzia sia stata attivata), salvo il caso di Sinistri in serie, il primo dei quali sia già stato regolarmente denunciato all'Assicuratore;
- denunciate all'Assicuratore oltre 30 giorni dopo la scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;
- già pervenuta all'Assicurato prima della data di decorrenza del Periodo di Assicurazione o conseguente a, derivante da, basata su qualsiasi Circostanza-Fatto Noto di cui l'Assicurato fosse a conoscenza prima della data di decorrenza del Periodo di Assicurazione
- per un Atto Illecito commesso prima della Data di Retroattività stabilità nella Scheda di Copertura;
- per attività diverse dall'Attività esercitata indicata nella Proposta-Questionario, salvo il caso di interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà;
- per Danni riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'Assicurato;
- per Danni o pregiudizi sofferti a seguito di discriminazione, molestie, abusi o altro tipo di maltrattamento;
- per attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- per Danni conseguenti/derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- per Danni conseguenti/derivanti dal mancato ottenimento del risultato estetico atteso dal paziente in assenza di fatti colposi, errori e/o omissioni dell'Assicurato;
- violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione;

la Struttura e/o la Compagnia di Assicurazione della Struttura non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto nei termini prescritti, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido. L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'Assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura e/o dell'Impresa di Assicurazione della stessa per il recupero delle somme versate per suo conto in virtù della presente estensione.

- **Attività di CTU**. (Sottolimite di indennizzo pari a € 500.000,00).

- **Consenso Informato**.

- **Estensione continuità di copertura**.

L'Assicuratore indennizzerà l'Assicurato, nei modi e nei limiti stabiliti dalle condizioni di assicurazione, fino ad un massimo della somma assicurata, per sinistro e per anno, indicata nella Scheda di Copertura.

✘ Danni per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla Struttura, salvo quanto previsto dall'**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**.

Salvo pagamento di un premio aggiuntivo, sono altresì escluse le Richiesta di Risarcimento relative a:

✘ assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'Assicurato;

✘ svolgimento di attività di CTU.

Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo; per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.

Ci sono limiti di copertura?

! L'Assicurazione è soggetta a Franchigia stabilita nella Scheda di Copertura che per ogni Richiesta di Risarcimento resta a carico dell'Assicurato.

! In caso di vincolo di solidarietà per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, l'Assicurazione copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di regresso dell'Assicurato nei confronti dei condebitori solidali.

Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione RCT è valida per le Richieste di Risarcimento originate da fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.

✓ Le Richieste di Risarcimento e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne devono essere fatte valere in Italia.

Che obblighi ho?

- Al momento della stipula dell'Assicurazione il Contraente deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Contraente relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di mutamenti che aggravino o diminuiscano il rischio nel corso del Periodo di Assicurazione, il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Assicuratore in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione;
- L'Assicurato deve dare avviso all'Assicuratore della cessazione definitiva dell'Attività Esercitata;
- In caso di sinistro, l'Assicurato, per il tramite dell'Intermediario, deve darne avviso scritto a mezzo e-mail, PEC o raccomandata A.R. all'Assicuratore, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, comunicando anche l'esistenza di eventuali altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio; inoltre, entro lo stesso termine, l'Assicurato è tenuto a dare avviso scritto all'Assicuratore di qualsiasi circostanza di cui venga a conoscenza che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una Richiesta di Risarcimento, fornendo le precisazioni necessarie e opportune con i dettagli relativi a date e persone coinvolte;
- Pena la perdita del diritto all'Indennizzo, 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.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è annuale e deve essere pagato prima della data di decorrenza della Polizza. Dato che la Polizza prevede il tacito rinnovo, ad ogni scadenza annuale dovrà essere pagato il Premio di rinnovo.
Il Premio non può essere pagato in contanti ed è determinato in base all'Inquadramento Professionale, al Massimale scelto e sulla base delle dichiarazioni ed informazioni rese dall'Assicurato nella Proposta-Questionario

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha durata annuale e ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Come posso disdire la polizza?

Laddove convenuto nella Scheda di Copertura, la presente Assicurazione si intenderà prorogata automaticamente al termine del Periodo di Assicurazione per un nuovo Periodo di Assicurazione della durata di 12 mesi, alle medesime condizioni e subordinatamente al pagamento del Premio, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 giorni prima della data di ogni scadenza. Laddove la Scheda di Copertura non preveda la tacita proroga non sarà previsto alcun termine di disdetta.

Assicurazione della Responsabilità per colpa grave

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

Prodotto: Colpa grave del personale esercente la professione sanitaria

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni ultimo disponibile: 25 giugno 2025

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

Coverys International Insurance Company DAC è parte di Coverys Group.
Sede legale: The Victorians, 15-18 Earlsfort Terrace Dublin 2, Ireland
Sito web: www.coverysinternational.com
E-mail: hello@coverysinternational.com
Telefono: +35 1 526 88 6

Coverys International Insurance Company DAC è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi con Codice Ivass Impresa 41100 e numero di iscrizione all'Elenco imprese: 680074

L'autorità di vigilanza competente è Central Bank of Ireland.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa:
Coverys International Insurance Company DAC ("CIIC") è una società di recente costituzione. I seguenti valori si basano sul bilancio al 31 dicembre 2024:
Il requisito patrimoniale minimo (MCR): € 4.000.000,00;
Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): € 2.035.737,00;
Ammontare dei fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR e MCR: € 11.721.000,00;
L'indice di copertura dei requisiti patrimoniali, come rapporto tra Fondi propri ammissibili e Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari al 576% e il rapporto tra Fondi Propri Ammissibili e Requisito Patrimoniale minimo è pari al 293%.
La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'Impresa è disponibile sul sito internet dell'Impresa: https://www.coverysinternational.com/condition-reports.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto dichiarato nel DIP Danni si forniscono le ulteriori informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta. Le seguenti garanzie sono sempre operanti e incluse nel pagamento del Premio:

- Le prestazioni sanitarie svolte in regime di **libera professione intramuraria**, anche allargata, nonché attraverso la **telemedicina**, e l'erogazione di **servizi fuori sede**, svolti in nome e per conto della Struttura;

- L'esercizio di tutte le **funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale svolti in nome o per conto della Struttura** derivanti dalla qualifica ricoperta e indicata in Scheda di Copertura;

- **Interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà**, indipendentemente dal giudizio di colpa grave;

- **Autista soccorritore**: qualora la qualifica dell'Assicurato sia autista soccorritore, l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare, fino alla concorrenza del Massimale di garanzia, quale responsabile per colpa grave per Danni derivanti dal trasporto e/o movimentazione di pazienti. Sono esclusi

dall'Assicurazione i Danni per cui è prevista l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti;

- **Attività pregressa da Specializzando/Medico abilitato non specializzato**, alle condizioni previste dal contratto scaduto;

- **Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'Attività Esercitata – Protezione di eredi**.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto dichiarato nel DIP Danni si precisa che la garanzia non opera nel caso di Richieste di Risarcimento:

- per Danni sofferti da soggetti non considerati Terzi.
- per attività svolte dopo che l'attività professionale dichiarata sia venuta a cessare;
- per eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento di attività che l'Assicurato non sia legittimato ad esercitare in base alle norme vigenti in materia e all'Inquadramento Professionale;
- per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato nonché per indennità che abbiano natura punitiva;
- per fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere negli Stati Uniti d'America o in Canada o nei territori sotto la loro giurisdizione;
- per perdite/spese derivanti da uso doloso di materiali biologici o chimici patogeni o velenosi;
- per danneggiamenti a cose, salvo il caso in cui l'Assicurato eserciti la professione di veterinario;
- per fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato, qualora lo stesso non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'Attività Esercitata descritta nella Proposta-Questionario e, a decorrere dall'annualità successiva al triennio formativo 2023/2025, non abbia assolto in misura almeno pari al settanta per cento (70%) all'obbligo formativo individuale relativo all'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina, se non esentato o esonerato. Resta inteso che sono altresì escluse le Richieste di Risarcimento riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- per perdite o per danni da furto o per danneggiamenti a cose causati da incendio, allagamento, esplosione o scoppio;
- per alluvioni, inondazioni, terremoti, frane e calamità naturali in genere;
- per danni o responsabilità derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi; oppure derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;
- per danni che si verifichino o insorgano, direttamente o indirettamente, da inquinamento o contaminazione dell'aria, acqua, suolo, sottosuolo o danno ambientale;
- per Danni causati dalla propagazione di virus nei computer e/o loro sistemi, programmi o applicazioni, oppure dalla incapacità di tali sistemi, programmi o applicazioni di leggere correttamente le date di calendario;
- danni derivanti direttamente o indirettamente dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di aeromobili, imbarcazioni, natanti, autoveicoli, motoveicoli, o qualunque altro mezzo di locomozione o trasporto, nonché perdite, danni, costi o spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da veicoli che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- per un Incidente Cyber, un Attacco Cyber, o una violazione della Normativa sul trattamento dei dati commessa dall'Assicurato o da altre parti che agiscono per suo conto, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o Dati, inclusi costi di notifica, costi di mitigazione, costi di consulenza per risoluzione della crisi, costi di monitoraggio del credito, il rimpiazzo di carte di credito e debito, costi di investigazione forense, costi per il ripristino di pubbliche relazioni o consulenze e servizi legali.

Ci sono limiti di copertura?

! Agli effetti dell'applicazione della Franchigia più Richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato o all'Assicuratore in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti errori od omissioni (nel secondo caso).

! Sono escluse dalla garanzia e rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato, le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali.

! L'Assicuratore non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per i legali, periti o consulenti che non siano dallo stesso designati o approvati. Sono in ogni caso espressamente esclusi i costi e le spese per l'eventuale intervento di un legale domiciliatario e di trasferta.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è rivolto al singolo esercente la professione sanitaria, dipendente o operante a qualunque titolo presso una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, a copertura della responsabilità per colpa grave.



Quali costi devo sostenere

La quota parte percepita in media dall'Intermediario per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari a 32,5 %

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore inviando una notifica scritta al seguente indirizzo e-mail: complaints@coverys.eu La funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it I reclami di competenza IVASS possono anche essere presentati al *Financial Services and Pension Ombudsman*, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 accedendo al seguente indirizzo web https://www.fspo.ie/make-a-complaint/. È possibile accedere al modulo per la presentazione dei reclami al *Financial Service and Pension Ombudsman* al seguente indirizzo web https://www.fspo.ie/complaint-form.aspx.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Assicuratore, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Assicuratore, con le modalità indicate nel decreto legge 12 settembre 2014, n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014, n. 162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET individuabile accedendo al sito Internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Gli oneri fiscali sono a carico del Contraente. Il premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore: 21,25% (oltre 1% quale addizionale al fondo antiracket). Sui premi corrisposti non si prevede alcuna detrazione fiscale.

Assicurazione della Responsabilità per Colpa grave del personale esercente la professione sanitaria

SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE È PRESTATA NELLA FORMA
«CLAIMS MADE»
(SI VEDANO ART 1.11 E ART 2.1)

Prodotto: Colpa grave del personale esercente la professione sanitaria

Condizioni di Assicurazione

Edizione: marzo 2025, adeguata al regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per gli esercenti le professioni sanitarie di cui al Decreto Ministeriale 15 dicembre 2023, n. 232, anche ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24.

Le Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari del 6 febbraio 2018

INDICE

GLOSSARIO 3
Art 1.1. Richiamo alle definizioni 7
Art 1.2. Dichiarazioni del contraente – Proposta-Questionario 7
Art 1.3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 8
Art 1.4. Modifiche dell'Assicurazione 8
Art 1.5. Variazione del rischio 8
Art 1.6. Altre assicurazioni 8
Art 1.7. Periodicità e mezzi di pagamento del Premio 8
Art 1.8. Diritto di ripensamento 8
Art 1.9. Condizioni della proroga automatica dell'Assicurazione 8
Art 1.10. Calcolo del Premio – Variazione del Premio alla scadenza 9
Art 1.11. Clausola "*Claims made*" - Retroattività 9
Art 1.12. Estensione territoriale 9
Art 1.13. Operatività a secondo rischio 9
Art 1.14. Surrogazione e responsabilità solidale 10
Art 1.15. Casi di cessazione dell'Assicurazione 10
Art 1.16. Oneri fiscali 10
Art 1.17. Legge applicabile e Foro competente 10
Art 1.18. Clausola dell'Intermediario 10
Art 1.19. Rinvio alle norme di legge 10
Art 2.1. Oggetto dell'Assicurazione (Claims Made – Retroattività) 11
Art 2.2. Precisazione sui rischi coperti 11
Art 2.3. Responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile 11
Art 2.4. Interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà 11
Art 2.5. Autista soccorritore 11
Art 2.6. Attività pregressa da Specializzando/Medico abilitato non specializzato 11
Art 2.7. Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'Attività Esercitata – Protezione di eredi 12
Art 2.8. Attività di CTU 12
Art 2.9. Condanna in solido con la Struttura 12
Art 2.10. Consenso Informato 13
Art 2.11. Estensione continuità di copertura 13
Art 2.12. Rischi esclusi dall'Assicurazione 13
Art 2.13. Sanzioni 16
Art 2.14. Esclusioni dal novero dei terzi 16
Art 2.15. Massimale di garanzia – Sottolimite di Indennizzo 16
Art 2.16. Franchigia 16
Art 3.1. Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro - Facoltà di recesso 17
Art 3.2. Gestione delle vertenze di Sinistro - Costi di Difesa 18
Art 3.3. Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato 18
Art 3.4. Sinistri in serie 18

AVVERTENZA

***L'Assicurazione è prestata nella forma* «CLAIMS MADE»**

***ossia copre le Richieste di Risarcimento ricevute per la prima volta dall'Assicurato (o, in caso di azione diretta, dall'Assicuratore) durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante detto periodo purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla Data di Retroattività convenuta*.**

Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessuna denuncia di Sinistro potrà essere accolta.

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle frasi evidenziate in grigio le quali si riferiscono a decadenze, nullità, limitazioni di garanzia, ovvero oneri a carico dell'Assicurato.

GLOSSARIO

AEC: **AEC UNDERWRITING AGENZIA DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SPA, agenzia di assicurazioni iscritta al RUI con il n. A000072848**.

Assicurato: il/i soggetto/i indicato/i nella **Scheda di Copertura** il cui interesse è protetto dalla presente **Assicurazione.** È da considerarsi **Assicurato** esclusivamente il singolo esercente la professione sanitaria, dipendente o operante a qualunque titolo presso una **Struttura**.

Assicuratore: **Coverys International Insurance Company DAC**
The Victorians,
15-18 Earlsfort Terrace,
Dublin 2,
Ireland

Assicurazione: le condizioni di assicurazione, la **Scheda di Copertura** e la **Proposta-Questionario**.

Attività Esercitata: Attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria, svolta presso e/o per conto di una **Struttura**, purché l'**Assicurato** sia legittimato ad esercitarla in base alle norme vigenti in materia e all'**Inquadramento Professionale**.

Attacco Cyber: un atto non autorizzato, doloso criminale o una serie di atti non autorizzati, dolosi o criminali correlati, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o la minaccia di un comportamento ingannevole al fine di conseguire tali atti, che implicano l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**.

Atto Illecito: qualsiasi azione od omissione che sia stata effettivamente commessa o si sostiene sia stata commessa dall'**Assicurato**, da solo o con il concorso di altri, nello svolgimento delle sue funzioni, e che dia origine ad una **Richiesta di Risarcimento** ai sensi e per gli effetti della presente **Assicurazione**.

Circostanza-Fatto Noto: E' da considerarsi **Circostanza-Fatto Noto** quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:

a. la comunicazione formale con la quale la **Struttura** o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'**Assicurato** circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;

b. la comunicazione formale con la quale la **Struttura** informa l'**Assicurato** che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'**Assicurato** medesimo;
c. la comunicazione formale con la quale la **Struttura** o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima 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);
d. la comunicazione formale con la quale la **Struttura** o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima 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).

Esclusivamente in relazione alle attività di cui all'Art 2.4, all'Art 2.8 e all'Art 2.9, sono considerate **Circostanza-Fatto Noto** anche quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, informazione di garanzia, richiesta di cartella clinica, esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990 n. 285, indagini, anche interne alla Direzione Sanitaria) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'**Assicurato** che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) **Richieste di Risarcimento** in conseguenza dell'**Attività Esercitata** dall'**Assicurato**.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione per conto proprio e/o per conto di ogni soggetto rientrante nella definizione di **Assicurato** e si obbliga a pagarne il **Premio**. Si applica il disposto dell'art. 1891 del Codice Civile.

Costi di Difesa: le spese, i diritti e gli onorari legali, calcolati ai minimi della tariffa professionale applicabile, ragionevolmente sostenuti dall'**Assicurato** o sostenuti dall'**Assicuratore** per conto dell'**Assicurato** in relazione a indagini, difese, perizie, liquidazioni, procedimenti giudiziari, arbitrali o di mediazione relativi a una **Richiesta di Risarcimento**.

Danno/Danni: la/le conseguenze pregiudizievoli dell'**Atto Illecito** subite da soggetti terzi suscettibile di valutazione economica. I **Danni** possono essere patrimoniali e non patrimoniali.

Danni Patrimoniali: il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento a cose, animali nonché quelli consequenziali ai **Danni** da lesioni personali e morte che riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

Danni Non Patrimoniali: tutti i **Danni** conseguenti a lesioni personali o morte che non riguardano la sfera patrimoniale del danneggiato.

Data di Retroattività: la data indicata nella **Scheda di Copertura**, precedente al **Periodo di Assicurazione**, da cui inizia a decorrere il **Periodo di Retroattività**. In caso di rinnovo, tale data rimane la medesima della prima polizza stipulata.

Dati: informazioni, fatti, concetti, codici o qualsiasi altra informazione di qualsiasi tipo che venga registrata o trasmessa in una forma tale per cui possa essere accessibile, utilizzata, elaborata, trasmessa o archiviata da un **Sistema Informatico**.

Denuncia: atto con il quale l'**Assicurato** deve dare avviso scritto del **Sinistro** all'**Assicuratore**.

Franchigia: elemento integrante della polizza di assicurazione, previsto nella **Scheda di Copertura**, che costituisce la parte del danno che rimane a carico del **Contraente** ed espressa in valore assoluto.

Incidente Cyber: a. qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlate che implichino l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**; o
b. qualsiasi indisponibilità parziale o totale o guasto o serie di relative indisponibilità parziali o totali o mancato accesso a, elaborazione di, utilizzo o funzionamento di qualsiasi **Sistema informatico**.

Indennizzo: la somma dovuta dall'**Assicuratore** in caso di **Richiesta di Risarcimento**. Le condizioni di **Assicurazione** prevedono un **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro per ogni **Periodo di Assicurazione**.

Inquadramento Professionale: la qualifica ricoperta dall'**Assicurato** all'interno della **Struttura** di appartenenza al momento della sottoscrizione della presente **Assicurazione,** selezionata/indicata nel modulo di **Proposta-Questionario**.

Intermediario: il Broker o l'Agente di assicurazioni a cui il **Contraente** ha affidato la gestione della presente **Assicurazione**.

Massimale di garanzia: la somma massima, per sinistro e per anno, liquidabile dall'**Assicuratore** a titolo di risarcimento del danno nei confronti del terzo danneggiato in seguito al verificarsi di un **Sinistro,** di tutti i **Sinistri** pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione** o in caso di **Sinistri in serie**.

Massimale annuo: la somma indicata nella **Scheda di Copertura** che rappresenta l'importo massimo di **Indennizzo** per l'insieme di tutti i **Sinistri**, pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione**, e in caso di **Sinistri in serie,** qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento**, delle persone danneggiate e degli **Assicurati** coinvolti.

Massimale per sinistro: la somma massima indicata nella **Scheda di Copertura** che rappresenta il limite massimo di **Indennizzo** per ciascun **Sinistro**. Tale importo non si somma a quello del **Massimale annuo**, ma è una parte integrante dello stesso.

Normativa sul trattamento dei dati: qualsiasi legge o regolamento o provvedimento sul trattamento di dati o protezione privacy (GDPR – Regolamento Europe n. 679/2016 e Codice Privacy D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.), in qualsiasi stato o provincia, territorio o giurisdizione, che regola l'uso, la riservatezza, l'integrità, la sicurezza e la protezione di dati personali, di volta in volta emanato da qualsiasi legislatore o autorità garante (e come modificato, aggiornato o rimesso in vigore di volta in volta).

Perdita Patrimoniale: il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di lesioni personali, morte o danneggiamento a cose.

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo che ha inizio alla data di decorrenza e termine alla data di scadenza fissate nella **Scheda di Copertura** e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del **Premio** ai sensi dell'Art. 1901 Codice Civile. Al termine di ciascun **Periodo di Assicurazione**,

pagato il **Premio** convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.

Periodo di Retroattività Il periodo intercorrente dalla **Data di Retroattività** e la data di decorrenza del **Periodo di Assicurazione.**

Periodo di Ultrattività: il periodo di tempo, della durata di 10 anni, decorrente dalla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** nel corso del quale ha avuto luogo la cessazione definitiva dell'**Attività Esercitata** o, in caso di prosecuzione dell'attività, la disdetta, il recesso o la sostituzione della presente **Assicurazione.**

Premio: la somma dovuta dal **Contraente** all'**Assicuratore** per acquistare le garanzie offerte.

Procedimento Penale: procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali notificata mediante Informazione di Garanzia. Per la garanzia di polizza rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).

Proposta-Questionario: il documento attraverso il quale l'**Assicuratore** acquisisce le informazioni essenziali per la valutazione del rischio e per la determinazione del **Premio** della presente **Assicurazione**. La **Proposta-Questionario** forma parte integrante dell'**Assicurazione**.

Richiesta di Risarcimento: quella che per prima, tra le seguenti evenienze, viene a conoscenza dell'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, dell'**Assicuratore**):

a. l'esperimento di un'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o di surroga da parte della **Struttura** o dell'Impresa di Assicurazione dalla **Struttura**, nei casi previsti dalla legge;
b. il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, la sentenza di condanna per colpa grave;
c. la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'**Assicurato** per colpa grave;
d. la comunicazione formale con la quale la **Struttura** o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima mette in mora o manifesta all'**Assicurato** l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave e di volersi rivalere nei suoi confronti per **Danni** conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave;
e. il ricevimento di una richiesta scritta da parte della **Struttura**, in cui l'**Assicurato** è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato.

Esclusivamente in relazione alle attività di cui all'Art 2.4, all'Art 2.8 e all'Art 2.9, saranno considerate **Richiesta di Risarcimento** anche le seguenti evenienze:

a. la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'**Assicurat**o l'intenzione di ritenerlo civilmente responsabile di **Danni** o **Perdite Patrimoniali** cagionati da fatti colposi, errori od omissioni accaduti, commessi o attribuiti all'**Assicurato**, oppure gli fa formale **Richiesta di Risarcimento** di tali **Danni** o **Perdite Patrimoniali** come conseguenza dell'**Attività Esercitata**;
b. l'azione giudiziaria civile promossa contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa **Assicurazione**;
c. la notifica all'**Assicurato** di un atto con cui, in un **Procedimento Penale**, un terzo si sia costituito "Parte Civile";

d. l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria penale o civile promossa contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione e precisamente:
   - l'avviso di garanzia notificato all'**Assicurato**;
   - l'accertamento tecnico non ripetibile notificato all'**Assicurato**;
   - i procedimenti *ex* artt. 696 e 696 bis c.p.c.;
e. la convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010, l'invito a partecipare ad una procedura di negoziazione assistita o una domanda di arbitrato.

Scheda di Copertura: il documento che prova l'**Assicurazione** e facente parte integrante della stessa che contiene i dati del **Contraente** / **Assicurato**, il **Periodo di Assicurazione**, il **Premio**, il **Massimale di garanzia**, i **Sottolimiti di Indennizzo**, le condizioni speciali, gli eventuali altri dettagli dell'**Assicurazione**.

Sinistro: la **Richiesta di Risarcimento** pervenuta all'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, all'**Assicuratore**) per la prima volta nel corso del **Periodo di Assicurazione**.

Sinistri in serie: più **Richieste di Risarcimento** presentate all'**Assicurato** o all'**Assicuratore** in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti errori od omissioni (nel secondo caso).

Sistema informatico: significa qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo portatile), server, cloud o microcontrollore compreso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e incluso qualsiasi dispositivo input/output, di archiviazione **Dati**, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati a, di proprietà di o gestiti dall'**Assicurato** o da terzi.

Sottolimite di Indennizzo: la massima esposizione dell'**Assicuratore** in relazione ad una specifica garanzia per ogni **Sinistro** e per l'insieme di tutti i **Sinistri** pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione** e in caso di **Sinistri in serie**, qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento** e delle persone danneggiate. Tale importo non si somma a quello del **Massimale annuo**, ma è una parte integrante dello stesso.

Struttura: qualsiasi soggetto, ente, od impresa pubblica o privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie a favore di terzi.

SEZIONE I - NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art 1.1. Richiamo alle definizioni

Le Parti convengono che le definizioni che precedono fanno parte integrante della presente **Assicurazione** e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante l'**Assicurazione** stessa.

Art 1.2. Dichiarazioni del contraente – Proposta-Questionario

Con la firma della presente **Assicurazione**, l'**Assicurato** dichiara:

a. di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri, se previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende quelle indicate nella **Proposta-Questionario** alle quali l'**Assicurato** dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

b. a decorrere dall'annualità successiva al triennio formativo 2023/2025, di aver assolto l'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina in misura non inferiore al settanta per cento (70%), ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 8.2 del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232, se non esentato o esonerato.

Art 1.3. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'**Assicuratore** presta la copertura assicurativa in base alle circostanze del rischio dichiarate dal **Contraente** al momento della stipula dell'**Assicurazione**. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **Contraente** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione** (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nella **Proposta-Questionario**.

Art 1.4. Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'**Assicurazione** devono essere provate per iscritto.

Art 1.5. Variazione del rischio

In caso di mutamenti che aggravino o diminuiscano il rischio nel corso del **Periodo di Assicurazione**, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, il **Contraente** e/o l'**Assicurato** deve darne avviso scritto all'**Assicuratore** in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione. L'**Assicurazione** è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del **Premio** dovuto all'**Assicuratore**.
Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'**Inquadramento Professionale** dell'**Assicurato** che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del **Periodo di Assicurazione**, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del **Premio** per il successivo **Periodo di Assicurazione**.

Art 1.6. Altre assicurazioni

L'**Assicurato** è esonerato dall'obbligo di comunicare all'**Assicuratore** l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di **Sinistro**, l'**Assicurato** deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Art 1.7. Periodicità e mezzi di pagamento del Premio

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella **Scheda di Copertura** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Ad ogni scadenza, pagato il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo **Periodo di Assicurazione**, distinto dal precedente e dal successivo.
In caso di proroga automatica dell'**Assicurazione** ai sensi dell'Art 1.9 che segue, se l'**Assicurato** non paga il **Premio** convenuto o la prima rata dello stesso, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Non è ammesso pagamento in contanti.

Art 1.8. Diritto di ripensamento

Qualora il presente Contratto di Assicurazione sia stato promosso o collocato mediante il regime della vendita a distanza, il **Contraente** ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento. Tale termine decorre dalla data di conclusione del presente Contratto di Assicurazione.
La volontà di recedere dovrà essere manifestata dal **Contraente** mediante comunicazione scritta a mezzo PEC o raccomandata A/R inviata all'**Intermediario** identificato nella **Scheda di Copertura**.
In tal caso l'**Assicurazione** sarà annullata dall'origine ed al **Contraente** verrà rimborsato il **Premio** pagato, senza trattenuta alcuna. Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento, tutti gli eventuali **Sinistri** non saranno indennizzati.

Art 1.9. Condizioni della proroga automatica dell'Assicurazione

Qualora nella **Scheda di Copertura** sia stabilito che le parti hanno convenuto la proroga automatica dell'**Assicurazione**, la proroga avrà luogo alle seguenti condizioni e modalità. In assenza di una tale previsione, l'**Assicurazione** cessa al termine del **Periodo di Assicurazione**, senza obbligo di disdetta.
L'**Assicurazione** si intende prorogata automaticamente al termine del **Periodo di Assicurazione** per un nuovo **Periodo di Assicurazione** della durata di 12 (dodici) mesi, alle medesime condizioni e subordinatamente al pagamento del **Premio,** ricalcolato come da Art 1.10.

Fermo quanto previsto nel presente articolo, la proroga è subordinata al ricorrere delle seguenti condizioni essenziali:

a. che durante il **Periodo di Assicurazione** l'**Assicurato** non abbia denunciato all'**Assicuratore Richieste di Risarcimento**, oppure **Circostanze-Fatti Noti** che possano causare **Sinistri** coperti dalla presente **Assicurazione**;
b. che l'attività professionale dichiarata nella **Proposta**-**Questionario** non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate all'**Assicuratore** e da loro espressamente accettate ai fini dell'**Assicurazione**.

Nel caso in cui si verifichi una o entrambe le condizioni di cui ai punti a e b che precedono, l'**Assicurato** deve darne avviso per iscritto all'**Assicuratore** entro i 30 (trenta) giorni precedenti al termine del **Periodo di Assicurazione** e l'**Assicuratore** avrà diritto di confermare la proroga oppure di annullarla con restituzione del **Premio** se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'**Assicurato** i termini di rinnovo dell'**Assicurazione**. Ciascuno dei punti a e b che precedono s'intende tacitamente confermato se l'**Assicurato** non abbia dato diverso avviso all'**Assicuratore** nei termini suddetti.
Qualora si sia verificata una variazione del rischio (Art 1.5), l'**Assicurato** deve darne comunicazione all'**Assicuratore** almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del **Periodo di Assicurazione** e l'**Assicuratore** è tenuto ad adeguare il **Premio** della proroga.
I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun **Periodo di Assicurazione** successivo, ferma la facoltà di ognuna delle parti di dare disdetta al contratto mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) o lettera raccomandata a/r da inviare all'altra parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Art 1.10. Calcolo del Premio – Variazione del Premio alla scadenza
Il **Premio** annuo indicato nella **Scheda di Copertura** è determinato in base all'**Inquadramento Professionale**, al **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro, scelto e sulla base delle dichiarazioni ed informazioni rese dall'**Assicurato** nella **Proposta-Questionario**.
Al termine del **Periodo di Assicurazione** e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, a sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3.7 del Decreto 15 dicembre 2023, n. 232, ove ne ricorrano i presupposti, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione del **Premio** in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo, che sarà in ogni caso coerente e proporzionata alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario dell'**Assicuratore**.

Art 1.11. Clausola "*Claims made*" - Retroattività
Le garanzie della presente **Assicurazione** sono prestate nella forma "*claims made*" e sono operanti per le **Richieste di Risarcimento** ricevute per la prima volta dall'**Assicurato** (o, in caso di azione diretta, dall'**Assicuratore**) durante il **Periodo di Assicurazione** in corso e da lui denunciate all'**Assicuratore** durante detto periodo, secondo le modalità di cui all'Art 3.1, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla **Data di Retroattività** convenuta. Terminato il **Periodo di Assicurazione**, cessa ogni obbligo dell'**Assicuratore** e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessuna denuncia di **Sinistro** potrà essere accolta.

Art 1.12. Estensione territoriale
L'**Assicurazione** è valida per le **Richieste di risarcimento** originate da fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi in qualsiasi Paese del mondo, 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. L'**Assicuratore** pertanto non è obbligato 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.

Art 1.13. Operatività a secondo rischio
Ove esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire il medesimo rischio e tutto quanto garantito dalla presente **Assicurazione**, si applicano i seguenti disposti:

a. se le altre assicurazioni rispondono dei danni, la presente **Assicurazione** opererà a secondo rischio e cioè per quella parte dell'ammontare dei danni e delle spese che eccederà l'ammontare pagabile dalle altre assicurazioni (Copertura in D.I.L.: differenza di limiti);
b. qualora, per effetto di esclusioni contrattuali, i danni o parte di essi non siano coperti dalle altre assicurazioni, la presente **Assicurazione** risponderà dei danni e delle relative spese o della parte non coperta, purché la **Richiesta di Risarcimento** sia indennizzabile ai sensi di quanto disposto dalla presente **Assicurazione** (Copertura in D.I.C.: differenza di condizioni);
c. si applica in ogni caso quanto disposto degli Art 2.15 (Massimale di garanzia – Sottolimite di Indennizzo) e Art 2.16 (Franchigia).

Art 1.14. Surrogazione e responsabilità solidale
L'**Assicuratore** è surrogato, fino a concorrenza dell'**Indennizzo** pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa che per legge o per contratto spettano all'**Assicurato**, il quale è tenuto a prestare all' **Assicuratore** ogni possibile assistenza nell'esercizio di tali diritti.
L'**Assicurato** è responsabile nei confronti dell'**Assicuratore** del pregiudizio arrecato al suo diritto di surrogazione.
In caso di responsabilità solidale per colpa grave dell'**Assicurato** con altri soggetti, la presente **Assicurazione** copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione dell'**Assicuratore** nel diritto di regresso dell'**Assicurato** nei confronti dei condebitori solidali.

Art 1.15. Casi di cessazione dell'Assicurazione
Qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** l'attività del **Contraente**/**Assicurato** venga a cessare definitivamente, l'**Assicurazione** cessa automaticamente alla data in cui una tale circostanza si è verificata, indipendentemente dal momento in cui l'**Assicuratore** ne sia informato.
Le garanzie assicurative previste dalla presente **Assicurazione** restano operanti fino al termine del **Periodo di Assicurazione** in corso per le **Richieste di Risarcimento**, pervenute in detto periodo, che abbiano origine da fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di cessazione dell'**Assicurazione**.

Art 1.16. Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi all'**Assicurazione** sono a carico del **Contraente**.

Art 1.17. Legge applicabile e Foro competente
Il presente contratto è soggetto alla legge italiana.
Foro competente per tutte le controversie relative alla interpretazione, esecuzione ed applicazione del presente contratto è esclusivamente quello del Foro del luogo in cui il **Contraente** ha sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

Art 1.18. Clausola dell'Intermediario
Con la sottoscrizione della presente **Assicurazione**:

a. il **Contraente**, per conto proprio e per conto dell'**Assicurato**, conferisce all'**Intermediario**, identificato nella **Scheda di Copertura**, il mandato a rappresentarlo ai fini della presente **Assicurazione**;
b. l'**Assicuratore** ha conferito ad **AEC** l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza con altro **Intermediario** o con l'**Assicurato**.

È convenuto pertanto che:

a. ogni comunicazione fatta dalla **AEC** all'**Intermediario**, anche in caso di avviso di disdetta o di recesso dal contratto, sarà considerata come fatta al **Contraente** o all'**Assicurato** a seconda del caso;
b. ogni comunicazione fatta dall'**Intermediario** alla **AEC** anche in caso di avviso di disdetta o di recesso dal contratto, sarà considerata come fatta dal **Contraente** o dall'**Assicurato** a seconda del caso;
c. ogni comunicazione fatta dalla **AEC** all'**Intermediario** o all'**Assicurato** sarà considerata come fatta dall'**Assicuratore** all'**Intermediario** o all'**Assicurato**;
d. ogni comunicazione fatta alla **AEC** dall'**Intermediario** o dall'**Assicurato** sarà considerata come fatta all'**Assicuratore**.

Art 1.19. Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge vigenti nel territorio della Repubblica Italiana.

SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E AMMINISTRATIVA PER COLPA GRAVE

CHE COSA È ASSICURATO

Art 2.1. Oggetto dell'Assicurazione (Claims Made – Retroattività)
Verso pagamento del **Premio** convenuto e alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, l'**Assicuratore**, fino a concorrenza del **Massimale di garanzia** di cui all'Art 2.15 e stabilito nella **Scheda di Copertura**, presta le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'Art 1.11.

Art 2.1.1 Oggetto dell'assicurazione della Responsabilità per Colpa grave
L'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare fino alla concorrenza del **Massimale di garanzia,** in conseguenza di **Danni** causati a terzi che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della **Struttura** e/o da parte dei suoi assicuratori, unicamente nei casi di:

a. azione di responsabilità amministrativa esperita dalla **Struttura** pubblica 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 o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dall'**Assicuratore**;
b. azione di rivalsa esperita dalla **Struttura** privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge o nel caso in cui sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dall'**Assicuratore**;
c. azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazione dalla **Struttura** pubblica o privata 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.

L'**Assicurazione** è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'**Attività Esercitata** dall'**Assicurato**, ivi incluse quelle di **Inquadramenti professionali** di minor rischio, anche svolte antecedentemente alla sottoscrizione della presente polizza.

ESTENSIONI DI GARANZIA (SEMPRE OPERANTI)

Art 2.2. Precisazione sui rischi coperti
L'**Assicurazione** comprende le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, anche allargata, nonché attraverso la telemedicina, e l'erogazione di servizi fuori sede, svolti in nome o per conto della **Struttura**.

Art 2.3. Responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile
L'**Assicurazione** comprende l'esercizio di tutte le funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale svolti in nome o per conto della **Struttura** derivanti dall'**Inquadramento professionale** ricoperto e indicata in **Scheda di copertura**.

Art 2.4. Interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà
L'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare, fino alla concorrenza del **Massimale di garanzia**, quale civilmente responsabile per **Danni** derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Art 2.5. Autista soccorritore
Qualora l'**Inquadramento professionale** dell'**Assicurato** sia autista soccorritore, l'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare, fino alla concorrenza del **Massimale di garanzia**, quale responsabile per colpa grave per **Danni** derivanti dal trasporto e/o movimentazione di pazienti. Sono esclusi dall'**Assicurazione** i **Danni** per cui è prevista l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti.

Art 2.6. Attività pregressa da Specializzando/Medico abilitato non specializzato
Qualora l'**Assicurato** sottoscriva la presente polizza, senza soluzione di continuità, alla scadenza della precedente polizza RC Professioni mediche sottoscritta con l'**Assicuratore** e per cui era esclusivamente assicurato in qualità di

Specializzando e/o Medico abilitato non specializzato, l'**Assicurazione** si intende estesa alla responsabilità derivante all'**Assicurato** per l'attività professionale svolta prima della sottoscrizione della presente polizza, alle condizioni previste dal contratto scaduto.

Art 2.7. Ultrattività in caso di cessazione definitiva dell'Attività Esercitata – Protezione di eredi
Art 2.7.1 In caso di decesso dell'**Assicurato** durante il **Periodo di Assicurazione** la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'**Assicurato** durante il **Periodo di Assicurazione** incluso il **Periodo di Retroattività**. L'ultrattività estesa agli eredi non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Art 2.7.2 Qualora durante il **Periodo di Assicurazione** in corso l'attività professionale dell'**Assicurato** venga definitivamente a cessare per qualsiasi causa, l'**Assicurazione** sarà operante per le **Richieste di Risarcimento** presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla data di cessazione dell'**Attività Esercitata** purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il **Periodo di Assicurazione** incluso il **Periodo di Retroattività**.
La presente garanzia deve essere attivata con apposita richiesta scritta entro 30 giorni dalla scadenza del **Periodo di Assicurazione** durante il quale si è verificata la cessazione dell'attività.

Art 2.7.3 Resta inteso che alla presente estensione di garanzia si applicheranno le medesime condizioni in corso al momento della scadenza del **Periodo di Assicurazione** e che l'attivazione della garanzia postuma non andrà ad aumentare il **Massimale annuo** o qualsivoglia **Sotto limite di Indennizzo** previsto nella **Scheda di Copertura** al momento della scadenza del **Periodo di Assicurazione** o della cessazione dell'**Assicurazione** che dovranno ritenersi la massima esposizione della **Assicurazione** per l'intero **Periodo di Ultrattività** indipendentemente dal numero di **Richieste di Risarcimento** pervenute all'**Assicurato**.

ESTENSIONI DI GARANZIA PREVIO PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Le seguenti condizioni particolari addizionali si intendono valide ed operanti solo se espressamente richiamate nella **Scheda di Copertura**.

Art 2.8. Attività di CTU
L'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare, fino alla concorrenza del **Massimale di garanzia**, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per **Perdite Patrimoniali**, involontariamente cagionate ai terzi in conseguenza di atti, fatti, omissioni, ritardi derivanti dallo svolgimento di:

a. di perizie, consulenze e certificazioni;
b. incarichi di CTU nominato dall'Autorità giudiziaria o CTP;
c. cariche di componente di commissioni per la valutazione di invalidità.

La presente estensione opera con il **Sottolimite di Indennizzo** di € 500.000,00 per **Sinistro** e per **Periodo di Assicurazione**.

Art 2.9. Condanna in solido con la Struttura
A parziale deroga dell'Art 2.12 lettera aa, l'**Assicuratore** si obbliga a tenere indenne l'**Assicurato** delle somme che questi sia tenuto a pagare, in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'**Assicurato** in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale la **Struttura** e/o la Compagnia di Assicurazione della **Struttura** e lo stesso **Assicurato** siano stati condannati o ingiunti in solido tra loro al pagamento di somme a terzi soggetti, incluso il caso di condanna al pagamento di una provvisionale in sede penale.

La presente estensione è operante unicamente nel caso in cui la **Struttura** e/o la Compagnia di Assicurazione della **Struttura** non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto nei termini prescritti, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'**Assicurato** obbligato in solido.

L'**Assicurato** attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'**Assicuratore** tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della **Struttura** e/o dell'Impresa di Assicurazione della stessa per il recupero delle somme versate per suo conto in virtù della presente estensione.
La presente estensione opera con il **Sottolimite di Indennizzo** di € 500.000,00 per **Sinistro** e per **Periodo di Assicurazione**.

Art 2.10. Consenso Informato
A parziale deroga dell'Art 2.12 lettera y, ed alle condizioni tutte della presente **Assicurazione**, la presente garanzia aggiuntiva opzionale coprirà i **Danni** imputabili ad assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'**Assicurato**.

Art 2.11. Estensione continuità di copertura
A parziale deroga dell'Art 2.12 lettera e, l'**Assicuratore** si impegna, nei termini e alle condizioni della presente **Assicurazione**, a tenere indenne l'**Assicurato** dalle **Richieste di Risarcimento** avanzate per la prima volta allo stesso durante il **Periodo di Assicurazione**, anche se derivanti da **Circostanze-Fatti Noti** che fossero noti all'**Assicurato** prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione**, a condizione che:

a. alla data in cui per la prima volta l'**Assicurato** sia venuto a conoscenza di **Circostanze-Fatti Noti** all'origine della **Richiesta di Risarcimento**, l'**Assicurato** fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente **Polizza**;
b. la polizza di assicurazione che garantiva l'**Assicurato** ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a **Circostanze-Fatti Noti** come definiti in polizza.
c. l'**Assicurato** sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente **Polizza**, dalla data di cui al punto a);
d. le **Circostanze-Fatti Noti** di cui al presente articolo siano stati dichiarati nella **Proposta-Questionario** e l'**Assicuratore** ne abbia preso atto tramite apposita precisazione riportata nella **Scheda di Polizza.**

CHE COSA NON È ASSICURATO
(ESCLUSIONI APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE)

Art 2.12. Rischi esclusi dall'Assicurazione
Premesso che la presente **Assicurazione** è prestata nella forma "*claims made*" come indicato all'Art 1.11 che precede, la stessa non è temporalmente efficace in relazione ai **Sinistri**:

I. derivanti da **Richieste di Risarcimento** pervenute all'**Assicurato** (o, nel caso di azione diretta, all'**Assicuratore**) in data successiva a quella della scadenza del **Periodo di Assicurazione** o del **Periodo di Ultrattività** (qualora tale garanzia sia stata attivata), salvo il caso di **Sinistri in serie**, il primo dei quali sia già stato regolarmente denunciato all'**Assicuratore**;
II. derivanti da **Richieste di Risarcimento** denunciate all'**Assicuratore** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni di cui all'Art 1.11 che precede;
III. derivanti da **Richieste di Risarcimento** già pervenuta all'**Assicurato** prima della data di decorrenza del **Periodo di Assicurazione**, indipendentemente dal fatto che siano state denunciate o meno a precedenti assicuratori;
IV. derivanti da **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili ad un **Atto Illecito** commesso prima della **Data di Retroattività** stabilita nella **Scheda di Polizza**.

Sono escluse dalla presente **Assicurazione**:

a. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a danni causati da un'azione o omissione dolosa dell'**Assicurato**;
b. le **Richieste di Risarcimento** originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere negli Stati Uniti d'America o in Canada o nei territori sotto la loro giurisdizione;
c. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili ad attività diverse dall'**Attività Esercitata** così come presentata all'**Assicuratore** nella **Proposta-Questionario** salvo quanto previsto dall'Art 2.4;
d. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, indennità di mora o altre penalità o sanzioni, che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'**Assicurato**, nonché per indennità che abbiano natura punitiva (danni punitivi, esemplari, multipli, o comunque denominati);
e. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi **Circostanza-Fatto Noto** notificata o **Richiesta di Risarcimento** presentata ai sensi di qualsiasi polizza assicurativa in vigore prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione** o qualsiasi **Circostanza-Fatto Noto** di cui l'**Assicurato -** contro cui viene presentata una **Richiesta di risarcimento -** fosse a conoscenza prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione**;

f. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a ogni genere di **Danni** o pregiudizio sofferto a seguito di discriminazione, molestie, abusi o altro tipo di maltrattamento;

g. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, relative a **Danni** conseguenti a o derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'**Assicurato**;

h. le **Richieste di Risarcimento** direttamente o indirettamente relative a, conseguenza di o derivanti dal mancato ottenimento del risultato estetico atteso dal paziente in assenza di fatti colposi, errori e/o omissioni dell'**Assicurato**;

i. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente relative a, conseguenza di o derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione;

j. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a o derivanti da o relative a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, allagamento, esplosione o scoppio;

k. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a o derivanti da danneggiamenti a cose. La presente esclusione non si applica agli animali nel caso in cui l'**Assicurato** eserciti la professione di veterinario;

l. le **Richieste di Risarcimento** riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

m. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, relative a, derivanti da o conseguenti a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'**Assicurato**, qualora lo stesso non fosse iscritto al relativo Albo professionale o non fosse in possesso di valido diploma, certificato o documento equipollente abilitante all'esercizio dell'**Attività Esercitata** descritta nella **Proposta-Questionario** e, a decorrere dall'annualità successiva al triennio formativo 2023/2025, non abbia assolto in misura almeno pari al settanta per cento (70%) all'obbligo formativo individuale relativo all'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina, se non esentato o esonerato. Resta inteso che sono altresì escluse le **Richieste di Risarcimento** riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

n. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** di qualsiasi tipo direttamente o indirettamente relativa a, derivante da o in conseguenza di:

   I. effettiva, presunta o minacciata presenza o esposizione all'amianto in qualsiasi forma, o

   II. qualsiasi obbligo, richiesta, domanda, ordine, o requisito legale o regolamentare che un Assicurato o altri facciano test, controllino, ripuliscano, rimuovano, contengano, trattino, neutralizzino, proteggano da, indennizzino per qualsiasi costo o **Danno** relativo a o in qualsiasi altro modo rispondano alla presenza effettiva, presunta o minacciata di amianto in qualsiasi forma.

   Fatte salve altre disposizioni della presente **Assicurazione**, l'**Assicuratore** non avrà alcun obbligo di indagare, difendersi o pagare le spese di difesa in relazione a qualsiasi **Richiesta di Risarcimento** esclusa in tutto o in parte ai sensi dei paragrafi (i) o (ii) della presente esclusione;

o. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a danni derivanti direttamente o indirettamente dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di aeromobili, imbarcazioni, natanti, autoveicoli, motoveicoli, o qualunque altro mezzo di locomozione o trasporto. La presente **Assicurazione** esclude anche perdite, danni, costi o spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da veicoli che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;

p. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a danni o responsabilità derivanti da omissione, errore o ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni o altre garanzie finanziarie, o nel pagamento dei relativi premi o altri corrispettivi; oppure derivanti dalla erronea, tardiva o impropria esecuzione o utilizzazione di tali contratti e strumenti;

q. le **Richieste di Risarcimento**, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a **Danni** che si verifichino o insorgano, direttamente o indirettamente, da inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da **Danno** ambientale;

r. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi perdita, **Danno**, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causata da, risultante da o in connessione con qualsiasi atto di terrorismo, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza alla perdita. Ai fini della presente **Assicurazione**, per atto di terrorismo si intende un atto, incluso ma non limitato all'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di tale uso, di qualsiasi persona o gruppo di persone, che agisca da solo o per conto o

in connessione con qualsiasi organizzazione o governo, commesso per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di mettere paura al pubblico o ad un qualsiasi gruppo di persone. La presente **Assicurazione** esclude anche perdite, danni, costi o spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, risultanti da o in connessione con qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere un atto di terrorismo o in qualsiasi modo relativa a qualsiasi atto di terrorismo. Se l'**Assicuratore** sostiene che a causa di questa esclusione, qualsiasi perdita, **Danno**, costo o spesa non è coperta dalla presente **Assicurazione**, l'onere di provare il contrario sarà a carico dell'**Assicurato**. Resta inteso che ove una qualsiasi parte della presente **Assicurazione** sia ritenuta invalida o inapplicabile, le parti rimanenti non ritenute invalide o inapplicabili continueranno a rimanere pienamente valide e a produrre tutti i loro effetti;

s. qualsiasi perdita o **Danno** causato direttamente o indirettamente da, occorso attraverso o in conseguenza di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere politico o di comando o confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o **Danno** alla proprietà da parte o sotto l'ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale;

t. le **Richieste di Risarcimento**, conseguenti a, derivati da, basate su o attribuibili ad alluvioni, inondazioni, terremoti, frane e calamità naturali in genere;

u. le **Richieste di Risarcimento**, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a:

   (i) qualsiasi perdita o distruzione o danni a qualsiasi proprietà o qualsiasi perdita o spesa risultante o derivante da essa o qualsiasi perdita consequenziale, o

   (ii) qualsiasi responsabilità civile di qualsiasi natura,

   direttamente o indirettamente, causata da, o a cui ha contribuito, o derivante da radiazioni ionizzanti o contaminazione da radioattività da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi rifiuto nucleare derivante dalla combustione di combustibile nucleare; o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose di qualsiasi gruppo nucleare esplosivo o componente nucleare dello stesso;

   Sono in ogni caso incluse nella presente **Assicurazione**, le **Richieste di Risarcimento** aventi ad oggetto **Danni** conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive;

v. le **Richieste di Risarcimento,** direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi perdita, **Danno**, responsabilità dell'**Assicurato**, **Sinistro**, multa, ammenda, sanzioni, costi (inclusi e non limitati a **Costi di difesa** e costi di mitigazione) o altre spese di qualsiasi natura, effettivi o potenziali che siano, direttamente o indirettamente causati da, risultanti da o comunque connessi a

   (i) un **Incidente Cyber**;

   (ii) un **Attacco Cyber**; o

   (iii) una violazione della Normativa sul trattamento dei dati commessa dall'**Assicurato** o da altre parti che agiscono per suo conto, che riguardi l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi Sistema Informatico o **Dati**, inclusi costi di notifica, costi di mitigazione, costi di consulenza per risoluzione della crisi, costi di monitoraggio del credito, il rimpiazzo di carte di credito e debito, costi di investigazione forense, costi per il ripristino di pubbliche relazioni o consulenze e servizi legali.

   Fermo restando i termini, le condizioni, le limitazioni ed esclusioni della presente **Assicurazione** o qualsiasi modifica successiva, la lettera (i) non si applica a **Sinistri** altrimenti indennizzabili causati da qualsiasi effettiva o presunta violazione dei doveri professionali da parte dell'**Assicurato** che implicano l'accesso a, l'elaborazione di, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico o Dati**, a meno che tale effettiva o presunta violazione dei doveri professionali da parte dell'**Assicurato** sia causata da o in qualsiasi modo connessa ad un **Attacco Cyber**;

w. qualsiasi **Richiesta di Risarcimento**, perdita, **Danno**, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causata da, risultante da o in connessione con l'effettivo o minacciato uso doloso di materiali biologici o chimici patogeni o velenosi, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza a ciò;

x. le **Richieste di Risarcimento**, conseguenti a, derivati da, basate su o attribuibili a danni causati dalla propagazione di virus nei computer e/o loro sistemi, programmi o applicazioni, oppure dalla incapacità di tali sistemi, programmi o applicazioni di leggere correttamente le date di calendario;

y. dall'assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'**Assicurato**, salvo quanto disposto all'Art 2.10;

z. qualsiasi Richiesta di Risarcimento avente ad oggetto **Danni** che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'**Assicurato**;

aa. le **Richieste di Risarcimento** relative a **Danni** per i quali l'obbligo di manleva ricade sulla **Struttura** sia se coperta da assicurazione specificatamente stipulata, sia se coperta da eventuali fondi all'uopo deliberati, e questo sia in caso di mancato assolvimento di tale obbligo, sia in caso di esaurimento del massimale di garanzia, e somme assicurate previste da tali assicurazioni e/o da tali fondi, salvo quanto previsto dall'Art 2.9.

Art 2.13. Sanzioni

L'**Assicuratore** non sarà tenuto a fornire una copertura assicurativa né a pagare una **Richiesta di Risarcimento** o a fornire una prestazione ai sensi della presente **Assicurazione** nella misura in cui la fornitura di tale copertura assicurativa, il pagamento di tale **Richiesta di Risarcimento** o la fornitura di tale prestazione esporrebbe l'**Assicuratore** a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art 2.14. Esclusioni dal novero dei terzi

Non sono considerati terzi ai fini della presente **Assicurazione**:

a. il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'**Assicurato** nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive anche se non presente nello stato di famiglia;

b. i prestatori di lavoro della **Struttura** che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni professionali dell'**Assicurato**;

L'**Assicurazione** è pertanto inefficace a fronte di **Richieste di Risarcimento** conseguenti a **Danni** sofferti da soggetti non considerati terzi.

LIMITAZIONI DI COPERTURA – MASSIMALI E FRANCHIGIE

Art 2.15. Massimale di garanzia – Sottolimite di Indennizzo

Il **Massimale di garanzia**, per sinistro e per anno, esposto nella **Scheda di Copertura** rappresenta l'esborso massimo fino a concorrenza del quale l'**Assicuratore** è tenuto a rispondere, per capitale, interessi e spese, per ciascun **Sinistro** e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso **Periodo di Assicurazione**, inclusi i **Sinistri in serie**.

Qualunque sia il numero delle **Richieste di Risarcimento** ricevute dall'**Assicurato** o, in caso di azione diretta, dall'**Assicuratore**, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o l'**Assicuratore** effettui gli eventuali pagamenti, l'obbligazione dell'**Assicuratore** non potrà mai, in qualsiasi circostanza e a qualunque titolo, essere maggiore di tale **Massimale di garanzia**. Ogni importo pagato dall'**Assicuratore** per ciascuna **Richiesta di Risarcimento** andrà a ridurre il **Massimale annuo** pertinente al relativo **Periodo di Assicurazione**. Il **Massimale di garanzia** per anno applicabile è quello che risulta dopo tale riduzione.

Il **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro, 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. Il **Massimale per sinistro** non si somma a quello del **Massimale annuo**, ma è una parte integrante dello stesso.

Se per una voce di rischio è previsto un **Sottolimite di Indennizzo**, questo non è in aggiunta al **Massimale di garanzia** ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima dell'**Assicuratore**, per sinistro e per anno, per quella voce di rischio.

Art 2.16. Franchigia

La presente **Assicurazione** è soggetta alla **Franchigia** stabilita nella **Scheda di Copertura** che, per ogni **Richiesta di Risarcimento**, resta a carico dell'**Assicurato**.

La opposizione di franchigia impegna comunque l'**Assicuratore** alla gestione del **Sinistro**.

Qualora l'**Assicuratore** abbia anticipato, in tutto o in parte, l'ammontare della **Franchigia**, l'**Assicurato** si obbliga a rimborsare il relativo importo all'**Assicuratore** stesso dietro dimostrazione dell'avvenuta anticipazione.

La **Franchigia** non si applica ai **Costi di Difesa** di cui all'Art 3.2.

SEZIONE III – NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DELLE VERTENZE E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art 3.1. Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro - Facoltà di recesso

In caso di **Sinistro**, per il tramite dell'**Intermediario**, l'**Assicurato** deve darne avviso scritto a mezzo mail o PEC (Posta Elettronica Certificata) o raccomandata A.R. all'**Assicuratore**, per il tramite del soggetto indicato al paragrafo 3.1.1, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

In caso di ricezione di domanda giudiziale, arbitrale o invito alla negoziazione assistita o mediazione, l'**Assicurato** è tenuto ad attendere la comunicazione di cui al primo paragrafo dell'Art 3.2 da parte dell'**Assicuratore**, prima di nominare qualsivoglia legale.

Inoltre, entro lo stesso termine di cui sopra, l'**Assicurato** è tenuto a dare avviso scritto all'**Assicuratore** di qualsiasi **Circostanza-fatto noto** di cui venga a conoscenza che si presuma possa ragionevolmente dare origine ad una **Richiesta di Risarcimento**, fornendo le precisazioni necessarie e opportune con i dettagli relativi a date e persone coinvolte. Dato l'avviso all'**Assicuratore** nei termini predetti, l'eventuale **Richiesta di Risarcimento** che consegua sarà considerata come se fosse stata fatta e denunciata all'**Assicuratore** nel **Periodo di Assicurazione** durante il quale l'avviso è stato dato.

L'**Assicurato** dovrà dare all'**Assicuratore** tutte le informazioni e dovrà collaborare con esso nei limiti del possibile.

Pena la perdita del diritto all'**Indennizzo**, 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.

Senza il previo consenso dell'**Assicurato**, l'**Assicuratore** non può pagare risarcimenti a terzi. Qualora però l'**Assicurato** opponesse un rifiuto a una transazione raccomandata dall'**Assicuratore** preferendo resistere alle pretese del terzo o proseguire l'eventuale azione legale, l'**Assicuratore** non sarà tenuto a pagare più dell'ammontare per il quale aveva la possibilità di transigere, oltre ai **Costi di Difesa** sostenuti fino alla data in cui l'**Assicurato** ha opposto detto rifiuto, fermo in ogni caso il **Massimale di garanzia**, annuo e per sinistro, applicabile in quel momento e ferma la **Franchigia** a carico dell'**Assicurato** (Art 2.15 e Art 2.16).

Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, si applicano l'Art 1.6 e l'Art 1.13 che precedono.

Dopo ogni denuncia di un **Sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, il **Contraente** può recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Il preavviso potrà essere dato tramite l'**Intermediario** identificato nella **Scheda di Copertura**. Non è previsto il rimborso della frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.

In vigenza della polizza e nel **Periodo di Ultrattività** della stessa, l'**Assicuratore** non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia del **Sinistro** o del suo risarcimento.

L'**Assicuratore** può recedere dal contratto prima della scadenza solo 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**. Non è previsto il rimborso della frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.

Art 3.1.1 Soggetto incaricato per la gestione dei **Sinistri** è:

Adjusting&Claims Service Scrl - Sede legale: Piazza delle Muse, 7 - 00197 Roma.
Tel: + 39 06 45651802
Email: claims@coverys.eu

Art 3.2. Gestione delle vertenze di Sinistro - Costi di Difesa

L'**Assicuratore** assume, discrezionalmente, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, compreso i procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010, informando l'**Assicurato** e designando ove necessario i legali e tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.
L'**Assicuratore** non riconosce le spese sostenute dall'**Assicurato** per i legali, periti o consulenti che non siano dallo stesso designati o approvati.
Sono a carico dell'**Assicuratore** le spese sostenute -ai minimi della tariffa applicabile- per resistere all'azione promossa contro l'**Assicurato** entro il limite addizionale pari ad un quarto del **Massimale per Sinistro** stabilito nella **Scheda di Copertura**. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto **Massimale per Sinistro** le spese vengono ripartite tra l'**Assicuratore** e l'**Assicurato** in proporzione del rispettivo interesse.
Sono espressamente esclusi i costi e le spese per l'eventuale intervento di un legale domiciliatario e di trasferta, qualora l'**Assicurato** dovesse nominare un legale al di fuori del circondario del Tribunale competente a decidere la controversia.
In ogni caso, i **Costi di Difesa** per i professionisti ai sensi della presente **Assicurazione** non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili, salvo diverso accordo con l'**Assicuratore**.
L'**Assicuratore** non risponde delle spese di giustizia penale.
L'**Assicuratore** si impegna a provvedere al pagamento dell'**Indennizzo** entro 60 giorni dalla ricezione della quietanza di pagamento o altro documento equipollente sottoscritti dall'**Assicurato** o dal danneggiato.

Art 3.3. Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

In caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'Assicuratore ai sensi dell'art. 12 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, sono opponibili al danneggiato esclusivamente le seguenti eccezioni:

a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività diverse dall'**Attività Esercitata** così come presentata all'**Assicuratore** nella **Proposta-Questionario**, salvo per le **Richieste di Risarcimento** derivanti dall'attività di cui all'Art 2.4;
b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le **Richieste di Risarcimento** presentate al di fuori del **Periodo di Assicurazione**, incluso il **Periodo di Retroattività** e, se previsto, il **Periodo di Ultrattività**;
c. il mancato pagamento del **Premio**.

Art 3.4. Sinistri in serie

In caso di **Sinistri in serie**, la data in cui ha luogo la prima **Richiesta di Risarcimento** regolarmente denunciata all'**Assicuratore** sarà considerata come data di tutti le successive **Richieste di Risarcimento**, seppur notificate all'**Assicurato** in epoche diverse e successive e anche dopo la data di cessazione della presente **Assicurazione**.
In caso di **Sinistri in serie**, verrà applicata una **Franchigia** per ciascun **Sinistro**.

Data	**Il Contraente**	**L'Assicuratore**
	……	……

CLAUSOLE APPROVATE SPECIFICATAMENTE e DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE

Agli effetti degli articoli 1322, 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara, anche per conto di ogni Assicurato, di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli:

Art 1.2 Dichiarazioni del contraente – Proposta-Questionario
Art 1.9 Condizioni della proroga automatica dell'Assicurazione
Art 1.10 Calcolo del Premio – Variazione del Premio alla scadenza
Art 1.11 Clausola "*Claims made*" - Retroattività
Art 1.12 Estensione territoriale
Art 1.13 Operatività a secondo rischio
Art 1.15 Casi di cessazione dell'Assicurazione
Art 1.17 Legge applicabile e Foro competente
Art 1.18 Clausola dell'Intermediario

Art 2.1 Oggetto dell'Assicurazione (Claims Made – Retroattività)
Art 2.12 Rischi esclusi dall'Assicurazione
Art 2.13 Sanzioni
Art 3.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro - Facoltà di recesso
Art 3.2 Gestione delle vertenze di Sinistro - Costi di Difesa
Art 3.3 Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

Data	**Il Contraente**
	……

Il Contraente dichiara, altresì, di avere ricevuto il Set informativo composto da DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e facsimile di Proposta-Questionario.

Anche agli effetti degli articoli 1892 e 1893, il Contraente dichiara, per conto proprio e per conto di ogni Assicurato dopo appropriati accertamenti, di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento da parte di terzi con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza della presente Assicurazione, salvo quanto diversamente indicato nella Proposta-Questionario.

Data	**Il Contraente**
	……

INFORMATIVA E TUTELA DELLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016

1 Finalità del trattamento:

I dati Suoi personali sono trattati da AEC Underwriting Agenzia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. (in forma abbreviata AEC S.p.A.) per:

a) l'esecuzione di obblighi contrattuali e precontrattuali connessi alla conclusione del contratto assicurativo, nonché per l'erogazione di servizi e/o prodotti connessi o accessori;

b) prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;

c) comunicare i Suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto del Titolare o per la esecuzione dei contratti in essere. La base giuridica del trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (a) e (c) è il rapporto contrattuale o precontrattuale in essere tra Lei e il Titolare, e il Suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento. Per le finalità di cui alla lettera (b) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione.

2 Modalità e natura del trattamento dei dati:

In relazione alle suddette finalità, i dati personali sono raccolti in ottemperanza al principio di stretta necessità. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, e il mancato, parziale o inesatto conferimento potrebbe comportare, e di norma comporta, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e al Titolare di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

3 Fonte e natura dei dati personali:

I dati personali sono raccolti dall'Intermediario per poi essere trasmessi al Titolare. Sono raccolti e trattati dati personali anche particolari ex art. 9 Reg UE 679/2016.

Questi ultimi sono raccolti solo se strettamente indispensabili, in osservanza del principio di minimizzazione del trattamento.

4 Comunicazione dei dati personali:

a) I suoi dati potranno essere comunicati esclusivamente per finalità assicurative o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori d'assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione o altri servizi di natura tecnico/organizzativa; banche depositarie per i Fondi Pensione; organismi associativi (ANIA e conseguentemente, imprese di assicurazione ad essa associate) e consortili propri del settore assicurativo, IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione;

b) Inoltre, i dati personali potranno essere comunicati a Banche o Istituto di Credito.

I Suoi dati non saranno oggetto di trasferimento a Paesi Extra UE o a Organizzazioni Internazionali e non saranno oggetto di diffusione.

5 Periodo di conservazione:

I Suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario per l'espletamento di tutti gli obblighi nascenti dal contratto intercorso, oltre che per il periodo di tempo

ulteriormente necessario all'adempimento degli obblighi di legge in materia fiscale, tributaria e assicurativa.

6 Processo decisionale automatizzato:

La Società, al fine di predisporre i propri preventivi, calcolare la classe di rischio ed il premio assicurativo, potrebbe avere necessità di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando i dati inerenti alla precedente storia assicurativa dell'interessato e ai pregressi eventi (quali, ad esempio i sinistri). Questo processo è necessario per la stipula del contratto di assicurazione e il Titolare potrà ricorrervi unicamente nel caso in cui il trattamento non abbia ad oggetto i dati particolari di cui all'art. 9 Reg. Ue 679/2016. All'interessato è assicurato il diritto di poter richiedere l'intervento umano in caso di diniego dell'offerta assicurativa.

7 Diritti dell'interessato

Si ricorda che l'interessato ha diritto di esercitare le facoltà previste agli artt. 15-22 del Reg. Europeo 679/2016.

In particolare, contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo mail info@aecunderwriting.it l'interessato potrà chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano, ricevere i dati personali forniti al Titolare e trasmetterli ad un altro Titolare del trattamento senza impedimenti (c.d. portabilità), ottenere l'aggiornamento, la limitazione del trattamento, la rettificazione dei dati e la cancellazione di quelli trattati in difformità dalla normativa vigente.

L'interessato ha poi diritto, per motivi legittimi, di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ed al trattamento per fini di invio di materiale pubblicitario, di vendita diretta e per il compimento di ricerche di mercato. Ha altresì diritto a proporre reclamo al Garante della Privacy quale autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali.

8 Titolare del Trattamento

Il titolare dei dati personali è - AEC Underwriting Agenzia di Assicurazione e Riassicurazione S.p.A. (in forma abbreviata AEC S.p.A. – Piazza delle Muse, 7, 00197 - Roma - www.aecunderwriting.it - info@aecunderwriting.it, in persona del legale rappresentante pro tempore, sig. Alessandro Cianelli.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;

b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo e Data _____

L'interessato Nome e Cognome leggibili _____Firma_____

c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo e Data _____

L'interessato Nome e Cognome leggibili _____Firma_____

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all’art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell’informativa.

COVERYS International

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

COLPA GRAVE DEL PERSONALE ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e 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" (Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

The indication of premium is subject to the examination of the completed Proposal Form, dated and signed by the authorized person, and of whatever other document or information the Underwriters deem necessary to carry out the correct assessment of the risk.

" The incorrect statements or non disclosure of information by the Insured Party relating to circumstances in such a way that the Insurer would not have given their consent or would not have given the same conditions if they knew the true state of affairs, will result in the cancellation of the contract where the Insured party has acted with malicious intent or with gross negligence "(Article 1892 comma I Civil Code).

The Insured Party is required to communicate to the Insurer all relevant and material elements regarding the assessment and the acceptance of risk; Failure to comply with this obligation may result in the invalidity of the insurance contract and / or the loss of the right to compensation.

ANAGRAFICA CONTRAENTE/ASSICURATO

Contraente/Assicurato
Policyholder/Insured _____

Codice Fiscale
Fiscal Code _____

Indirizzo mail/PEC
Email address _____

Indirizzo *Address* _____

Città *City* _____ **CAP** *Post code* _____ **Provincia** *Province* _____

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

Indicare l'attuale Inquadramento professionale*: *Indicate current job classification*:*

PERSONALE MEDICO

☐ A) Direttore sanitario
Medical Director

☐ B) Direttore di struttura semplice o complessa/Primario/Responsabile di unità operativa
Director of simple or complex structure /Head of operational unit

☐ C) Dirigente Medico e Veterinario/Medico Contrattista/Convenzionato
Doctor and Veterinary/Contracting Doctor

☐ D) Specializzando/Medici specialisti in formazione
Trainee

PERSONALE NON MEDICO

☐ E) Dirigente sanitario non medico/Dirigente infermieristico
Non-Medical Healthcare Manager/Nursing Manager

☐ F) Autista soccorritore
Emergency driver

☐ G) Personale sanitario non medico e non dirigente/Professioni di interesse sanitario
Non-medical and non-managerial healthcare personnel/Professions of healthcare interest

*Si precisa che gli inquadramenti sono elencati in ordine decrescente di rischiosità, pertanto l'inquadramento a maggior rischio copre le attività svolte, anche precedentemente, con un inquadramento di minor rischio. Es. Se selezionato C, si intende inclusa anche l'attività svolta come D.

**Please note that the classifications are listed in descending order of riskiness, so the highest classification covers activities performed, even previously, under a lower classification. Ex. If C is selected, the activity performed as D is also understood to be included.*

COVERYS International

DETTAGLI DELLA COPERTURA

Massimale per sinistro e per anno *Limits of indemnity per claim and per year*

☐ € 1.000.000 ☐ € 2.500.000 ☐ € 5.000.000

Retroattività *Retroactivity*

☐ 10 anni *10 Years* ☐ Illimitata *Unlimited*

Selezionare le garanzie aggiuntive che si intende acquistare: *Please select the additional conditions you want to purchase:*

☐ Art 2.8 Attività di CTU
Art 2.8. Activity as a court-appointed technical consultant

☐ Art. 2.9 Condanna in solido con la Struttura
Art. 2.9 Joint liability

☐ Art 2.10 Consenso informato
Art 2.10 Informed Consent

☐ Art 2.11 Estensione temporale della copertura
Art 2.11 Time extension of Coverage

PRECEDENTI ASSICURATIVI

L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la colpa grave?
Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Gross Negligence Insurance?

☐ SI *Yes* ☐ NO *No*

Se sì, indicare il nome dell'Assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza
If yes, indicate the name of the Insurer, the limit of indemnity, the excesses, the gross premium, the retroactivity and the date of expiry

Nome Assicuratore
Name of Insurer _____

Massimale
Limit of Indemnity € _____

Scadenza contratto
Expiry of contract _____/_____/_____

Premio Lordo
Gross Premium € _____

Retroattività
Retroactive period _____

Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?
Has any insurance company ever cancelled or refused to provide insurance cover or renew the policy of the Insured for Professional Indemnity in the last 5 years?

☐ SI *Yes* ☐ NO *No*

In caso di risposta affermativa, fornire dettagli: *If yes, please provide details*

_____

SINISTRI/CIRCOSTANZE

Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate Richieste di Risarcimento contro l'assicurato negli ultimi 5 anni?
Have you ever experienced any losses or have there ever been any requests for damages against the insured in the last 5 years?

☐ SI *Yes* ☐ NO *No*

Siete a conoscenza di qualche Circostanza, che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento?
Do you know of any circumstances that might give rise to a loss or a request of compensation?

☐ SI *Yes* ☐ NO *No*

In caso di risposta affermativa ad una delle due precedenti domande, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del **CIS**
If you answered yes to one of the two questions, please provide all necessary details through the completion of a CIS)

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;

b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;

c) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

DECLARATION

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

a) of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance;

b) that the information provided in this module are true and complete;

c) of not having omitted any element relevant for the assessment of risk.

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del Set Informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 41 del 2018 composto da: DIP, DIP Aggiuntivo, glossario, condizioni generali di assicurazione.

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the information Set created in accordance with the IVASS regulations (ex ISVAP) art. 41 2018 and composed of: DIP, DIP Aggiuntivo, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date _____ *Firma /Signature*_____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date _____ *Firma/Signature* _____

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurando dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).

This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaratio