LLOYD'S

CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE: MEDICO SPECIALISTA, MEDICO NEOLAUREATO O SPECIALIZZANDO e OPERATORE SANITARIO NON MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO.

SET INFORMATIVO
MEDICI SPECIALISTI,
MEDICI NEOLAUREATI O SPECIALIZZANDI,
OPERATORI SANITARI NON MEDICI
LIBERI PROFESSIONISTI
(PI_MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI_122021)

Assicurazione della responsabilità civile professionale

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo *RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI*

Documento predisposto a cura di Underwriting Insurance Agency Srl registrato in Italia.
Underwriting Insurance Agency Srl è autorizzato da IVASS. Numero di registrazione: A000068713

Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.

ULTIMO AGGIORNAMENTO 29/06/2020

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi nello svolgimento dell'Attività di Medico e Paramedico libero professionista assicurata in polizza con formula claims made.

Che cosa è assicurato?

✓ Le attività coperte sono tutte quelle consentite dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione di Medico e Paramedico libero professionista, che vengono dichiarate nel questionario, tranne quanto espressamente escluso dalle condizioni di polizza.

SI RITENGONO SEMPRE IN COPERTURA LE SEGUENTI GARANZIE:

azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222, infortuni di dipendenti nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124, danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici, colpa grave.

✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia alle condizioni di polizza.

✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia copre le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori.

✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale, sottolimite).

Che cosa non è assicurato?

✘ Danni derivanti da dolo e frode dell'Assicurato.

✘ Attività diversa da quella/e indicata/e nel questionario/modulo di proposta.

✘ Danni derivanti da inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo.

✘ Tutte le obbligazioni di natura fiscale, per contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni esemplari o danni multipli inflitti direttamente all'Assicurato.

✘ Danni causati da guerra, terrorismo ed eventi naturali.

✘ Danni causati da furto, incendio, esplosione, scoppio, radiazioni.

✘ Danni derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori.

✘ Danni derivanti da ingiuria, diffamazione e violazione dell'obbligo del segreto professionale.

✘ Danni a cose che l'Assicurato abbia in consegna o in custodia o detenga a qualsiasi titolo.

✘ Danni derivanti da muffa tossica o amianto.

✘ Procedimenti penali.

✘ Danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato.

In nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si espongano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia alle condizioni di polizza.

Ci sono limiti di copertura?

! Gli Assicuratori risarciscono i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale, sottolimite).

! Franchigie e scoperti restano a carico dell'Assicurato.

! Gli assicuratori hanno diritto a recuperare dall'Assicurato le somme pagate ai terzi danneggiati (rivalsa) principalmente in caso di per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti.

! Gli Assicuratori non rispondono per richieste di risarcimento derivanti da:
circostanze già note all'Assicurato prima della decorrenza di polizza; fatti commessi prima della data di retroattività; attività abusive o non consentite e attività svolte senza le autorizzazioni e requisiti richiesti dalle competenti Autorità o dalle leggi vigenti; avanzate da qualsiasi soggetto non considerato terzo o che abbia una partecipazione diretta o indiretta dell'Assicurato salvo il caso in cui tali Richieste siano originate da terzi; rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente; proprietà, possesso, circolazione di veicoli a motore, nonchè all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato; cyber liability.

Per l'elenco completo delle limitazioni si rinvia alle condizioni di polizza.

Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione vale per i rischi ubicati in Italia, con estensione territoriale all'Italia.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di compilare il questionario con dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della compagnia, del diritto di rivalsa totale o parziale nei tuoi confronti per i danni pagati ai terzi danneggiati.
- Comunicare l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- Comunicare l'eventuale cessazione del rischio.
- Pagare il premio di polizza.
- Denunciare l'eventuale sinistro nelle modalità e nei tempi indicati nelle condizioni di polizza.

Quando e come devo pagare?

Pagamento al Coverholder o intermediario autorizzato:
Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder Underwriting Insurance Agency Srl specificato in polizza. Il pagamento all'intermediario indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale intermediario abbia ricevuto idonea autorizzazione dal Lloyd's Coverholder.

Il pagamento può avvenire con Bonifico bancario, Assegno non trasferibile, Contanti, secondo i limiti imposti dalle vigenti disposizioni di legge e successive modifiche.

Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza concordata ed indicato in polizza.
In caso di frazionamento semestrale le rate vanno pagate alle scadenze semestrali stabilite.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

A seguito del pagamento del premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza e cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Come posso disdire la polizza?

Non è richiesta comunicazione di disdetta del contratto. L'assicurazione cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Assicurazione della responsabilità civile professionale

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Underwriting Insurance Agency Srl
Prodotto: RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE MEDICI E DEGLI OPERATORI SANITARI NON MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 122021
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 122021
Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.
Sito web: www.lloydsbrussels.com
E-mail: lloydsbrussels@lloyds.com
Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.
E-mail: informazioni@lloyds.com
Telefono: +39 02 6378 8870

Il patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 300,4 milioni, ed è interamente capitale sociale. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 153,4 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società è pari al 161%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 38,4 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 228,5 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su www.lloydsbrussels.com/about/lloyds-brussels-hub/

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

Le condizioni contrattuali prevedono che gli assicuratori assumano, fino a quando ne abbiano interesse, la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. Le spese legali sopportate per assistere e difendere l'Assicurato sono a carico dell'Impresa fino al 25% del massimale concordato in polizza.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Aumento franchigia	La franchigia può essere aumentata a discrezione dell'assicurato in fase di stipula del contratto.
Medico neolaureato e/o specializzando	In caso di medico neolaureato e/o specializzando è previsto uno sconto. Tale agevolazione viene riconosciuta ai laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio è valido per i primi quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento	Qualora l'Assicurato cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o cancellazione dall'albo professionale per motivi disciplinari) è possibile richiedere una copertura postuma relativa a fatti verificatisi durante il periodo di assicurazione e comunque non precedenti al periodo di retroattività. In caso di morte dell'Assicurato, la copertura deve essere richiesta dagli eredi.
Estensioni	SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA (D. LGS. 229/99 – EX SERVIZIO 118)
	RC CONDUZIONE DELLO STUDIO

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che con "Circostanze Note" (che escludono il sinistro conseguente dall'assicurazione) si intendono: qualsiasi fatto, circostanza e situazione (quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini) che potrebbe determinare in futuro (o abbia, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato e che sia stato in ogni modo portato a conoscenza dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che la franchigia applicata parte da € 500, fatto salvo quanto espressamente indicato nelle condizioni di polizza.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** Ad integrazione delle informazioni già fornite nel Dip Danni si precisa quanto segue. La denuncia di sinistro (da farsi entro 10 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso) deve contenere: - la data e la narrazione del fatto; - l'indicazione delle cause e delle conseguenze; - il nome e il domicilio dei danneggiati; - ogni altra notizia utile per l'Impresa. e deve essere trasmessa, a: Underwriting Insurance Agency Srl – Corso Sempione 61 – 20149 Milano, email: sinistri@uiainternational.net, uiasinistri@pec.it. Alla denuncia deve far seguito, con urgenza, la trasmissione dei documenti e degli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro e una relazione confidenziale sui fatti.
	Assistenza diretta / in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: i diritti derivati dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 CC.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare l'annullamento del Contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave.
Obblighi dell'impresa	Gli assicuratori si impegnano a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.

Quando e come devo pagare?

Premio	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che: - il pagamento dell'intero premio annuale è alla firma; - è possibile ottenere il frazionamento semestrale del premio per importi superiori a € 5.000,00. - qualora l'aderente svolga più mansioni dovranno essere tutte indicate nel Modulo di Proposta. In questo caso il premio da corrispondere agli assicuratori sarà pari all'importo riferito all'attività di più alto rischio.
Rimborso	- L'Assicurato ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto degli oneri fiscali che per legge restano a suo carico nell'ipotesi di esercizio del diritto di ripensamento previsto nei casi di acquisto a distanza della copertura. - Nel caso di recesso da parte degli assicuratori, l'Assicurato ha diritto a ottenere il rimborso della frazione di premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista.

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	- L'Assicurato, in caso sia un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto sia stato venduto a distanza, ha tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso senza alcuna motivazione.
Risoluzione	Non prevista.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai Medici e operatori sanitari non medici liberi professionisti nello svolgimento della loro attività professionale.

Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 15% del premio netto.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: lloydsbrussels.servizioreclami@lloyds.com o lloydsbrussels.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dal presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti: IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia)

	Tel..: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	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)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO, LEGGA ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTI IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

LLOYD'S

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza di Responsabilità Civile Professionale

MEDICI SPECIALISTI, MEDICI NEOLAUREATI O SPECIALIZZANDI e OPERATORI SANITARI NON MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATA NELLA FORMA «CLAIMS MADE»

AVVERTENZA IMPORTANTE

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

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara:

1.1 Di esercitare l'attività professionale indicata nel Questionario con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 Di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

Articolo 3 DEFINIZIONI

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

Assicurato — il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione:
(a) Il Contraente stesso;
(b) Tutti i dipendenti del contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

Assicuratori — Lloyd's Insurance Company S.A.

Broker/Agente di Assicurazioni — la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.

Danno/Danni — il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

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

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

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

Periodo di Assicurazione — il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Richiesta di risarcimento per attivitá svolta in Cliniche o strutture ospedaliere private, studi o ambulatori privati	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: 1. La comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; 2. La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale; 3. La comunicazione con cui l'Ospedale, Clinica o struttura sanitaria privata o il suo Assicuratore manifesta l'intenzione di ritenere l'Assicurato responsabilie per colpa grave
Richiesta di risarcimento per attivitá svolta in strutture ospedaliere pubbliche	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: 1. la comunicazione con cui l'Azienda o struttura pubblica o il suo Assicuratore manifesta l'intenzione di ritenere l'Assicurato responsabile per colpa grave. 2. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; 3. la domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.
Sinistro	la Richiesta di Risarcimento come sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.
Polizza	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
Attacco Informatico	qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
Incidente informatico	qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
Sistema informatico	qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.
Franchigia	l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro incluse le spese di gestione del sinistro.

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

L'assicurazione è prestata nella forma *"claims made",* ossia copre le richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori.

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

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale

dichiarata nel Questionario e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio, a condizione che tale copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

Gli Assicuratori rispondono:

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

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

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

b) Dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi, a condizione che tale copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

c) Le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

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

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato.

Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

a) Agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;

b) All'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Articolo 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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

Non sono in ogni caso coperte le spese di difesa per i procedimenti penali.

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

Articolo 7 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

Sono esclusi da questa nozione:

a. Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;

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

Articolo 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Europa. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 9 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel questionario, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci 9.1,9.2 e 9.3 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

9.1 L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

9.2 L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-professionali demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere private, di cliniche private (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto privato debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi.

9.3 Nel caso di prestazioni svolte dall'Assicurato nella sua qualitá di dipendente, consulente o collaboratore presso strutture ospedaliere pubbliche, l'Assicurato é coperto solamente per colpa grave. Pertanto, l'assicurazione è intesa a tenere indenne

l'Assicurato nel caso in cui la struttura ospedaliera pubblica in cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi per colpa grave, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

9.4 La responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo quanto disposto dell'articolo 20, a condizione che la loro copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e specificamente indicata nella Scheda di Copertura;

9.5 I danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;

9.6 I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Articolo 10 ESCLUSIONI

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

- **a.** I sinistri che siano notificati all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;
- **b.** le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- **c.** I sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;
- **d.** I sinistri che coinvolgono soggetti diversi dall'Assicurato, salvo quanto previsto dall'art. 9.4.
- **e.** I procedimenti penali.

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

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

- **a.** Attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- **b.** Riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso o comunque diverse da quella/e indicata nel Questionario;
- **c.** In relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa, oppure se l'Assicurato non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel Questionario;
- **d.** In relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- **e.** Per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- **f.** Per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- **g.** Basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- **h.** Derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- **i.** Derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing,* molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- **j.** Relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare *(punitive or exemplary damages)*;
- **k.** Relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- **l.** Relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- **m.** Conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- **n.** Che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai radiografi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive. Sono altresì escluse le richieste di risarcimento relative a danni, perdite, indennizzi dovuti a terzi e le spese causate o derivanti, totalmente o parzialmente, direttamente o indirettamente, da:
  - radiazioni ionizzanti o contaminazione per radioattività provenienti da combustibili nucleari o da scorie nucleari o dalla utilizzazione di combustibili nucleari;
  - elementi radioattivi, tossici, esplosivi o comunque pericolosi o contaminanti di impianti o macchine ove si sviluppa energia nucleare o componenti nucleari degli stessi;
  - armi o apparecchiature che impieghino la fissione e/o la fusione atomica o nucleare o simile reazione ovvero sviluppino radioattività;
  - elementi radioattivi, tossici, esplosivi, o comunque pericolosi o contaminanti di qualsiasi materiale radioattivo. L'esclusione contenuta in questo paragrafo non si applica agli isotopi radioattivi diversi dai combustibili nucleari quando tali isotopi sono preparati, trasportati, immagazzinati o utilizzati per scopi commerciali, agricoli, medici, scientifici o – in generale – per scopi pacifici;
  - armi chimiche, biologiche, biochimiche o elettromagnetiche;
- **o.** Che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- **p.** Derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- **q.** Che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Amministratore di struttura sanitaria o di Direttore Sanitario di strutture complesse a meno che questa garanzia non sia esplicitamente richiamata nella scheda di copertura e sia stato pagato il relativo premio;
- **r.** Riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

s. Qualsiasi Richiesta di Risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico;

t. Derivanti o in qualsiasi modo collegate ad atti di guerra, invasioni, atti di nemici, ostilità ed operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerre civili, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi e/o sommosse di portata pari a, o costituenti, rivolta o colpo di stato, politico o militare nonché qualsiasi atto terroristico;

u. Attribuibili a atti o omissioni commessi da individui non Dipendenti dell'Assicurato;

v. Attribuibili a atti o omissioni commessi da Dipendenti dell'Assicurato eccetto quando tale copertura sia stata specificamente indicata nella Scheda di Copertura;

Articolo 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 12 CONDIZIONI RELATIVE AL MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO (POSTUMA)

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

1) ATTIVAZIONE MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO (POSTUMA 10 ANNI) PER SINGOLO ASSICURATO IN CASO DI DECESSO

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 Efficacia incluso il periodo di retroattività.
Il Massimale annuo, indicato in Polizza/Scheda di copertura, relativo al contratto in vigore prima del decesso, rappresenterà il limite massimo di esposizione degli Assicuratori per l'intero periodo di postuma.

2) ATTIVAZIONE MAGGIOR TERMINE PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO (POSTUMA 10 ANNI) PER SINGOLO ASSICURATO IN CASO DI CESSAZIONE ATTIVITÀ

Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi altro motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza è riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al:

1. 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il secondo o successivo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto e il Coverholder del presente contratto
2. 300 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto e il secondo o successivo anno di copertura assicurativa con il Coverholder del presente contratto
3. 500 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa sia con gli Assicuratori del presente contratto che con il Coverholder del presente contratto.

Il Massimale annuo, indicato in Polizza/Scheda di copertura, relativo al contratto in vigore prima della cessazione definitiva dell'attività, rappresenterà il limite massimo di esposizione degli Assicuratori per l'intero periodo di postuma.

Nell'ipotesi suindicate è sempre salvo il diritto degli Assicuratori, dopo ogni denuncia di Sinistro e/o circostanza e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni mediante lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC o tramite l'intermediario.
La presente garanzia è prevista solo per singolo assicurato e non per persona giuridica.
Valgono le modalità previste dall'articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

Articolo 13 VARIAZIONI DEL RISCHIO

In caso di diminuzione o aggravamento del rischio si applicheranno gli articoli 1897 c.c. e 1898 c.c.

Articolo 14 PERIODOCITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO.

Il premio è dovuto con periodicità annuale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Polizza/Scheda di Copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Se l'ASSICURATO non paga i PREMI o le rate di PREMIO successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art.1901 C.C.).
I pagamenti si possono effettuare a mezzo di bonifico bancario o assegno.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/RINNOVO

Non è richiesta comunicazione di disdetta del contratto. L'assicurazione cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24:00 del giorno indicato nella Polizza/Scheda di Copertura e non è previsto periodo di mora.

In caso di volontà di rinnovo dovrà essere compilato il Questionario che servirà per verificare la fattibilità e le condizioni di rinnovo con gli Assicuratori.

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI COPERTURA A SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e/o gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.
L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 18 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Premesso che questa è un'assicurazione nella formula Claims Made, quale temporalmente delimitata nella presente Polizza/Scheda di Copertura si precisa che:
l'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta U.I.A. Underwriting Insurance Agency S.r.l., Corso Sempione, 61, 20149, Milano, tel. 02 54 122 532, email: sinistri@uiainternational.net. Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori. Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti. Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.
Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.
In caso di Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato si impegna a non pregiudicare la posizione degli Assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.
Gli Assicuratori non potranno definire transattivamente alcuna Richiesta di Risarcimento senza il consenso scritto dell'Assicurato.
Qualora l'Assicurato rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli Assicuratori e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una Richiesta di Risarcimento, l'obbligo risarcitorio degli Assicuratori per detta Richiesta di Risarcimento non potrà eccedere l'ammontare con il quale la Richiesta di Risarcimento avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i costi e spese maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel Scheda Di Copertura.
Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, gli Assicuratori potranno recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni da darsi mediante lettera raccomandata.
La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto degli Assicuratori non potranno essere interpretati come rinuncia degli Assicuratori a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 19 FACOLTÀ DI RECESSO

Gli Assicuratori e l'Assicurato potranno recedere dalla presente Polizza mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni.
In questo caso se il recesso è esercitato dagli Assicuratori, l'Assicurato avrà il diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto al netto delle tasse indicato nella Polizza/Scheda di Copertura. Se il recesso è esercitato dall'Assicurato il Premio rimarrà in ogni caso acquisito dagli Assicuratori.
L'eventuale rimborso sarà corrisposto all'Assicurato entro 30 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione.
In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurato ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della Polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a UIA srl Corso Sempione 61 20149 Milano o comunicazione a mezzo PEC a underwritinginsuranceagencysrl@pec.it. In tal caso gli Assicuratori tratterranno la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto e il Contraente avrà diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Articolo 20 SURROGAZIONE

Per ogni pagamento effettuato a termini di questo contratto per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti gli Assicuratori si surrogheranno nei diritti di rivalsa dell'Assicurato per tali ammontari.
In tal caso l'Assicurato dovrà firmare tutti i necessari documenti e farà tutto quanto è necessario per formalizzare e conservare il diritto di surrogazione compresa la sottoscrizione di quegli atti che consentano agli Assicuratori di agire legalmente in luogo dell'Assicurato.
In caso di responsabilità solidale è fatto salvo per gli Assicuratori il diritto di regresso nei confronti degli eventuali corresponsabili.

Articolo 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dalle parti.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (OPERANTE ESCLUSIVAMENTE SE L'INTERMEDIARIO OPERI IN SEZIONE B DEL RUI)

Con la sottoscrizione della presente Polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nella Polizza/Scheda di Copertura di rappresentarlo ai fini della presente Polizza.
Pertanto:
a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata all'Assicurato/Contraente;
b) ogni comunicazione effettuata dal broker dell'Assicurato/Contraente a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dall'Assicurato/Contraente stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla Società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente Polizza.
Pertanto:
a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli Assicuratori;
b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Articolo 23 ESTENSIONE STUDIO ASSOCIATO O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

L'assicurazione può essere intestata ad un Studio Associato, Associazione Professionale o altra forma societaria/giuridica, sempre che gli Assicurati persone fisiche abbiano pagato il premio dovuto, secondo la propria specializzazione presente nell'elenco.

La presente estensione si intende operante sia per la garanzia di RC Professionale che per la garanzia RCO.

L'RC Conduzione Studio deve essere espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

Ai fini della garanzia RCO e RC Conduzione Studio (se concessa), l'operatività è subordinata al fatto che tutti gli associati siano assicurati dalla presente polizza. In caso contrario la copertura avrà efficacia solo per la RC Professionale.

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

Articolo 24 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE

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

Articolo 25 MEDICINA DEL SERVZIO DI EMERGENZA SANITARIA

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

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

Articolo 26 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.
Le Parti stabiliscono di comune accordo che per le vertenze che possano derivare dal presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo in cui il convenuto ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

Articolo 27 Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi", intendendosi per tali:

1. La penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. La sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. L'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. Il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. La manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. L'iniezione di sostanze per finalità estetiche;

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

1. Asportazione di lesioni cutanee non neoplastiche, suscettibili di asportazione chirurgica
2. Asportazione di lesioni cutanee neoplastiche benigne e maligne, compresi nevi, epiteliomi e melanomi
3. Attività diagnostica
4. Crioterapia con azoto liquido e neve carbonica
5. Test allergologici cutanei ed immunoterapia specifica
6. Laser dermatologico
7. Luce pulsata
8. Radiofrequenza
9. Fototerapia
10. Dermoscopia
11. Epidermo-dermoabrasione
12. Quant'altro venga utilizzato in un ambulatorio di dermatologia
13. Filler riassorbili
14. Iniezioni di tossina botulinica
15. Bio-rivitalizzazione o bio-stimolazione cutanea
16. Needling
17. Iniezione cutanea di emoderivati
18. Peeling con acido glicolico fino al 70% di ordine medico
19. Acido piruvico fino al 50%

20. Acido salicilico fino al 25%
21. Peeling al TCA fino al 25%
22. Peeling combinati e composti
23. Quant'altro rientri nell'attività di dermatologia estetica e correttiva

Articolo 28 CLAUSOLA DI LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE SULLE SANZIONI

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

Articolo 29 ESCLUSIONE DI PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, PRODOTTI CORRELATI E PRODOTTI CHIMICI

Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:
(1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorurate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluoroottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;
(2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Il Contraente **UIA Srl**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara:

1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;

2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:

Articolo 1	**Dichiarazioni dell'Assicurato**
Articolo 4	**Forma dell'assicurazione ("Claims made" – retroattività – limiti di indennizzo – franchigia)**
Articolo 9	**Precisazioni sui rischi coperti**
Articolo 10	**Esclusioni**
Articolo 11	**Responsabilità solidale - Esclusione**
Articolo 16	**Durata dell'assicurazione/Rinnovo**
Articolo 18	**Obblighi in caso di sinistro**
Articolo 20	**Surrogazione**
Articolo 27	**Clausola di esclusione degli interventi invasivi**

Il Contraente

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE

Riguardo ai tuoi dati personali

Chi siamo
La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A., identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

Principi fondamentali
Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all'assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge. Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull'assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato. In alcuni casi sarà necessario il consenso dell'assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente. L'assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un'e-mail all'indirizzo data.protection@lloyds.com (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirci di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati. Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all'assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell'ambito del settore assicurativo, ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all'applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all'individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all'assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura richiesta o permessa dalla legge.

Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti
Qualora l'assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

Servono maggiori informazioni?
Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell'assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsidiary-in-brussels ovvero in altri formati su richiesta.

Contattarci e i diritti dell'assicurato
L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre modalità di utilizzo dei dati ovvero richiedere una copia della nostra informativa completa sulla privacy, lo invitiamo a contattarci, o in alternativa a contattare l'agente o il broker assicurativo che si è occupato della polizza ai seguenti recapiti:
UNDERWRITING INSURANCE AGENCY Srl - UIA Srl
Corso Sempione 61 – 20149 Milano
Tel 02.54122532 – Fax 02.54019598
info@uiainternational.net – underwritinginsuranceagencysrl@pec.it

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.

LBS0046 01/01/2019