

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE” PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il presente Fascicolo Informativo contiene:

- Nota Informativa
- Definizioni
- Condizioni di Assicurazione
- Scheda di adesione

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA SCHEDA DI ADESIONE.

Prima della sottoscrizione, leggere attentamente la Nota Informativa.

Rappresentanza Generale dei Lloyd's per l'Italia

Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano

Tel. 02 6378881 - Fax. 02 63788850

NOTA INFORMATIVA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE

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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione (nel seguito, anche il "Contratto") prima della sottoscrizione della Polizza

* * * * *

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono alcuni membri di Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Copertura (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Copertura)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quello degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's sotto indicata. Parimenti, mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro di Lloyd's.

c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.

d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet di Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.com.

e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n° I.00008 dell'elenco dell'Ivass delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 53 del Rapporto Annuale dei Lloyd's del 2016* il capitale del mercato dei Lloyd's ammonta ad EUR 32.528 milioni*** ed è composto dai Fondi dei membri presso

i Lloyd's pari a Euro 25.473 milioni, dai Bilanci dei membri per Euro 4.712 milioni e dalle riserve centrali di Euro 2.343 milioni.

L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's è stato determinato secondo i dispositivi previsti dalla direttiva Solvency II, che è entrata in vigore a partire dal 1 gennaio 2016. L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's al 31.12.2016 è stato pari al 215%. Tale indice è determinato dal rapporto tra il totale delle attività centrali pari a Euro 4.029 milioni e il Solvency Capital Requirement (SCR) centrale, che ammonta a Euro 1.878 milioni. Tutti gli importi relativi alla solvibilità del mercato centrale (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 10 del "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report) al 31 Dicembre 2016**.

* Link al Rapporto annuale dei Lloyd's del 2016:

https://www.lloyds.com/AnnualReport2016/assets/pdf/lloyds_annual_report.pdf

** Link al "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" al 31 Dicembre 2016:

<https://www.lloyds.com/~media/Files/Lloyds/Investor%20Relations/2016/Lloyds%20SFCR%202016.pdf>

*** Tasso di cambio al 31.12.2016: EUR 1,00 = GBP 0,852 (fonte: Financial Times).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale dei Lloyd's è consultabile ai seguenti link (rispettivamente in versione Italiana e Inglese):

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds>

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italy/placing-risk-at-lloyds-in-italy>

(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).

* * *

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il Contratto prevede il tacito rinnovo.

Avvertenza!

La copertura decade dalle ore 24 del giorno di scadenza, come meglio precisato all'Art. 10 - Risoluzione Annuale delle Condizioni Generali di Assicurazione –

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

L'Assicurazione copre:

- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria qualora l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza della Corte dei Conti a titolo di Danno all'immagine dell'Ente e della Pubblica Amministrazione in genere.
- Azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti.

Si veda in proposito l'Art. 19 delle Condizioni di Assicurazione – Oggetto dell'Assicurazione.

Scheda di Copertura

Avvertenza!

Si precisa inoltre che il Contratto è in forma "claims made". La copertura assicurativa si intende operante per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori durante il periodo di validità dell'Assicurazione, a condizione che:

- (i) siano conseguenti a comportamenti posti in essere in data successiva alla data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura;
- (ii) non siano state presentate richieste di risarcimento scritte all'Assicurato prima della data di stipulazione dell'Assicurazione stessa.

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

Previo il pagamento di un Premio aggiuntivo calcolato come indicato nella Scheda di Copertura, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare un Periodo di Osservazione della durata di 5 o 10 anni per eventuali azioni nei propri confronti relativamente a fatti verificatisi durante il Periodo di efficacia del presente Certificato.

Si veda in proposito l'Art. 24 delle Condizioni di Assicurazione – Estensione dell'Assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale.

Tuttavia, nel caso in cui l'Assicurato avesse notificato un Sinistro o una circostanza durante il Periodo di efficacia del presente Certificato, o in precedenti annualità dello stesso, non avrà diritto ad acquistare un Periodo di Osservazione con le modalità suddette. Tuttavia l'Assicurato avrà il diritto, entro 30 giorni dalla fine del periodo di durata del Certificato, di richiedere all'Assicuratore l'offerta per un Periodo di Osservazione. L'Assicuratore si riserverà il diritto di offrire un Periodo di Osservazione con i termini, le condizioni ed il Premio che riterrà opportuni, secondo criteri ragionevoli.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato

Avvertenza!

Il Contratto prevede limitazioni, sospensioni ed esclusioni alla copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo.

- Per le esclusioni si rinvia a quanto previsto dai seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione
 - Art. 11 - Gestione delle Vertenze di Sinistro - Spese legali
 - Art. 16 – Clausola di Responsabilità Disgiunta
 - Art. 17 – Responsabilità solidalee dai seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:
 - Art. 19 – Oggetto dell'Assicurazione
 - Art. 22 – Nozione di “Terzo” o “Terzi”
 - Art. 23 – Esclusioni

- Per le limitazioni si rinvia alle clausole evidenziate in grigio e, in particolare:
 - alla definizione di "Data di retroattività"
 - all'Art. 12 (“Coesistenza di altre Assicurazioni”)
 - all'Art. 16 (“Clausola di Responsabilità Disgiunta ”)
 - all'Art. 20 (“Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell'Assicurazione (Claims Made)”)
 - all'Art. 25 (“Massimale di Assicurazione”)
 - all'Art. 26 (“Massimale di Corresponsabilità”)
 - all'Art. 28 (“Territorialità e giurisdizione ”)

- Per le sospensioni si rinvia a quanto previsto all'Art. 3 ("Periodicità e mezzi di pagamento del Premio") delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza!

Le garanzie di cui al Contratto si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale e del Sottolimiti di Indennizzo (ove previsti) indicati nel Contratto e/o nella Scheda di Copertura e/o nel Scheda di adesione.

Le prestazioni assicurative potrebbero essere assoggettate ad applicazione di Franchigie/Scoperti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 26 ("Massimale di Corresponsabilità"), all'Art. 25 ("Massimale di Assicurazione"), all'Art. 20 ("Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made) "), all'Art. 11 ("Gestione delle vertenze di Sinistro – Spese legali") delle Condizioni Generali di Assicurazione e delle Condizioni di Assicurazione

Per facilitarne la comprensione, si illustra nel seguito il meccanismo di applicazione delle Franchigie e degli Scoperti, del Massimale e dei Sottolimiti di Indennizzo, con alcune esemplificazioni numeriche; si segnala che le Franchigie, il Massimale ed i Sottolimiti di Indennizzo indicati oltre non necessariamente coincidono con quelli di cui alla Polizza:

Esempio 1: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di Danno inferiore al Massimale:

Massimale:	€ 500.000,00
Danno:	€ 150.000,00
Franchigia:	€ 5.000,00
Indennizzo:	€ 145.000,00

Esempio 2: Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di Danno superiore al Massimale:

Massimale:	€ 500.000,00
Danno:	€ 600.000,00
Franchigia:	€ 5.000,00
Indennizzo:	€ 495.000,00

Esempio 3: Prestazione soggetta all'applicazione del Sottolimito di Indennizzo in caso di Danno inferiore al relativo ammontare:

Sottolimito di Indennizzo:	€ 175.000,00
Danno:	€ 150.000,00
Franchigia:	nessuna
Indennizzo:	€ 150.000,00

Esempio 4: Prestazione soggetta all'applicazione del Sottolimito di Indennizzo in caso di Danno superiore al relativo ammontare:

Sottolimito di Indennizzo:	€ 175.000,00
Danno:	€ 250.000,00
Franchigia:	nessuna
Indennizzo:	€ 175.000,00

Esempio 5: Prestazione soggetta all'applicazione di Scoperto in caso di Danno inferiore al Massimale

Massimale	€ 500.000,00
Danno:	€ 150.000,00
Scoperto:	10% del Danno
Indennizzo:	€ 135.000,00

Esempio 6: Prestazione soggetta all'applicazione di Scoperto in caso di Danno superiore al Massimale:

Massimale	€ 500.000,00
Danno:	€ 600.000,00
Scoperto:	10% del Danno
Indennizzo:	€ 440.000,00

Avvertenza!

Nel caso in cui il Danno superi il Massimale assicurato le eventuali spese legali verranno ripartite fra Assicuratori e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse fermo restando il limite del quarto del massimale (si veda in proposito l'Art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione – Gestione delle vertenze di Sinistro – Spese legali).

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

Avvertenza!

Eventuali dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze del rischio rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la stipulazione del Contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto di Indennizzo.

Avvertenza!

Gli effetti delle reticenze e dichiarazioni inesatte di cui sopra sono disciplinati (tra le altre disposizioni) dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile che prevedono cause di annullamento del Contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto previsto dai seguenti Articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione e Condizioni di Assicurazione:

- Art. 1 – Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio;
- Art. 12 – Coesistenza di altre assicurazioni;
- Art. 20 - Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made)

Avvertenza!

Ai sensi dell'art. 1895 del Codice Civile il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della sua conclusione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente/Assicurato dovrà dare immediata comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento o diminuzione del rischio.

Avvertenza!

Gli aggravamenti del rischio non noti e non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché il recesso degli Assicuratori della Polizza.

Per gli aspetti di dettaglio e per gli effetti dell'aggravamento e/o diminuzione del rischio si rinvia a quanto previsto dagli Articoli 1 ("Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio") e 6 ("Variazione dell'attività") delle Condizioni Generali di Assicurazione, oltre che agli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile.

Esempio di aggravamento del rischio:

l'Assicurato varia le proprie mansioni acquisendo una carica che comporta maggiori responsabilità operative (da specializzando a dirigente medico).

Esempio di diminuzione del rischio:

l'Assicurato varia le proprie mansioni acquisendo una carica che comporta minori responsabilità operative (da dirigente tecnico a responsabile tecnico)

6. Premi

Il Premio è dovuto con periodicità annuale.

Gli unici mezzi di pagamento del Premio consentiti dagli Assicuratori sono i seguenti: bonifici bancari/assegni circolari a favore degli Assicuratori e/o degli intermediari autorizzati espressamente in tale qualità.

Eventuali frazionamenti del Premio potranno essere concordati di volta in volta tra Contraente/Assicurato e Assicuratori.

Avvertenza!

Non è prevista la possibilità di applicazione di sconti di premio da parte degli Assicuratori e/o degli intermediari eventualmente incaricati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla Scheda di Copertura, alla definizione di "Premio", all'Art. 3 ("Periodicità e mezzi di pagamento del Premio") delle Condizioni Generali di Assicurazione Scheda di Copertura:

7. Rivalse

Avvertenza!

In caso di pagamento di somme da parte degli Assicuratori ai sensi del Contratto, essi saranno surrogati, fino alla concorrenza dell'ammontare delle somme pagate e delle spese sostenute, nei diritti del Contraente/Assicurato nei confronti dei terzi responsabili.

Quanto ai presupposti e agli effetti dell'esercizio da parte degli Assicuratori dei diritti di surrogazione si rinvia a quanto previsto all'art. 1916 del Codice Civile.

8. Diritto di recesso

Avvertenza!

In caso di Sinistro è riconosciuta la facoltà, sia al Contraente che alla Società, di recedere dall'Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia a quanto previsto all'art. 9 ("Facoltà di recesso in caso di Sinistro"), nonché agli artt. 1893 e 1898 del Codice Civile.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

(i) Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono entro 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione per responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

(ii) Decadenza

Ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile l'Assicurato che dolosamente non adempia all'obbligo di avviso o di salvataggio, perde il diritto all'Indennizzo.

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto è applicabile la legge italiana.

11. Regime fiscale applicabile al contratto

Gli oneri fiscali sono a carico del Contraente ed ammontano al 22,25% del premio imponibile.

* * *

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza!

In caso di Sinistro, l'Assicurato/Contraente deve darne avviso scritto anche a mezzo telex o telefax, al broker indicato nella Scheda di Copertura entro 10 giorni da quando si è verificata una delle seguenti circostanze:

- (a) formale richiesta di risarcimento Danni da parte del terzo danneggiato (Privato – Ente Pubblico - Corte dei Conti ecc.);**
- (b) ricevimento di notifica dell'avvio del procedimento di responsabilità contabile.**

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 8 ("Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia di Sinistri"), all' Art. 20 – ("Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made)") e all'Art. 15("Clausola Broker") delle Condizioni Generali di Assicurazione e delle Condizioni di Assicurazione.

13. Reclami

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Servizio Reclami
Ufficio Italiano dei Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Italia
Fax no.: +39 02 6378 8857
E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà ad inoltrare il reclamo al *Managing Agent* competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione. Il fatto che l'Ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della polizza medesima.

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue: (Composto da 20 pagine)

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Tel.: 800 486661 (dall'Italia)
Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link.
<http://www.ivass.it>

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

Complaints Team
Lloyd's
One Lime Street
London
EC3M 7HA
United Kingdom
Telephone no.: + 44 (0)207 327 5696
E-mail: complaints@lloyds.com

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

14. Arbitrato

Il Contratto non prevede l'arbitrato.

Avvertenza!

Il Contraente/Assicurato potrà in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria. Al riguardo, si rinvia all'art. 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

* * * * *

Gli assuntori di rischi assicurativi di Lloyd's sono responsabili della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE” PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato, siano essi utilizzati al singolare che al plurale.

Nel testo, i termini contenuti nelle Definizioni sono evidenziati in grassetto e con iniziale maiuscola.

Assicurato / Contraente	Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere e Universitarie)
Assicuratori	il sindacato o sindacati dei LLOYD'S indicati nel Modulo di questo Certificato .
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dagli Assicuratori .
Broker / Agente di Assicurazioni	il soggetto indicato nella Scheda di Copertura iscritto al RUI – Registro Unico degli Intermediari assicurativi.
Carica	l'attività svolta dall' Assicurato presso la Struttura Sanitaria Pubblica con la quale l' Assicurato , ha un rapporto di impiego, di mandato o di servizio, così come indicato nella Scheda di Copertura .
Certificato	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di Assicurazione .
Corrispondente / Coverholder dei Lloyd's	i Corrispondenti dei Sindacati dei Lloyd's che operano in una regione o in un paese, autorizzati a stipulare polizze per conto degli Assicuratori e separatamente identificati nella Scheda di Copertura .
Danno	il pregiudizio economico, suscettibile di valutazione economica, conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i Danni ad animali, alla salute o biologici nonché il Danno morale, compresi danni ad essi consequenziali.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall' Assicurato agli Assicuratori , del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nel presente Certificato .
Documenti Precontrattuali	i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente: <ul style="list-style-type: none"> - Nota Informativa, comprensiva di Glossario - Condizioni di Assicurazione - Scheda di adesione.
Ente o Azienda di Appartenenza	la Struttura Sanitaria Pubblica con la quale l' Assicurato ha un rapporto di servizio o un mandato alla data di effetto di questo Certificato ed il cui nome è indicato nella Scheda di Copertura .

Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri rientranti in questa Assicurazione .
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione , qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Massimale di Corresponsabilità	la massima somma che gli Assicuratori corrispondono ai soggetti Assicurati , appartenenti alla stessa Struttura Sanitaria Pubblica , qualora questi ricevano comune Richiesta di Risarcimento , ovvero una richiesta originata da un unico evento al quale hanno concorso più soggetti Assicurati .
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.
Periodo di Efficacia	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura , e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione .
Periodo di Osservazione	quel periodo di tempo decorrente dalla scadenza del Periodo di Assicurazione , durante il quale potrà essere notificata per iscritto agli Assicuratori qualsiasi Richiesta di Risarcimento presentata per la prima volta contro l' Assicurato durante detto periodo di tempo, in seguito a Danni verificatosi prima dell'inizio del Periodo di Osservazione e comunque coperti dal presente Certificato .
Premio	la somma dovuta dall' Assicurato agli Assicuratori .
Scheda di adesione	la Scheda di adesione relativa al presente Certificato , contenente le informazioni essenziali per la valutazione del rischio da parte dell' Assicuratore , fermo restando l'obbligo dell' Assicurato di fornire tutte quelle altre informazioni di cui sia a conoscenza che possano influire sulla decisione di offrire la copertura assicurativa del rischio, secondo quanto disposto dagli Artt. 1892, 1893 e 1594 del Codice Civile. La Scheda di adesione costituisce parte integrante del presente Certificato ed è allegata allo stesso.
Richiesta di Risarcimento e/o Circostanze	quella che per prima, tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell' Assicurato : <ul style="list-style-type: none"> • Procedimento promosso dalla Procura della Corte dei Conti per Colpa Grave, contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione. • La comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per Danni o perdite cagionati da fatti gravemente colposi

	<p>purché riferite a procedimenti in corso davanti alla Corte dei Conti.</p> <ul style="list-style-type: none"> La comunicazione con la quale la Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per Danni o perdite cagionati da fatti gravemente colposi purché riferite a procedimenti in corso davanti alla Corte dei Conti
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
Sinistro	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, notificata all' Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione .
Struttura Sanitaria Pubblica	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico e le strutture accreditate e/o convenzionate con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati, se soggetti alla giurisdizione della Corte dei Conti.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1– Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio

Con la firma di questo **Certificato** l'**Assicurato** dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nella **Scheda di adesione**, alle quali l'**Assicurato** dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del Sistema Sanitario Pubblico e prevalentemente alle dipendenze della **Struttura Sanitaria Pubblica** indicata nell'annessa **Scheda di Copertura**;
- 1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la **Struttura Sanitaria Pubblica** presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente **Assicurazione**, ivi inclusa la libera professione intramoenia, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura della Responsabilità Civile dell'**Assicurato**, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.
- 1.4 di avere preso atto che la presente **Assicurazione** non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla **Azienda di appartenenza** con la stipula di polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei **Massimali** e somme assicurate previste da tale **Assicurazione** e/o dai fondi regionali e aziendali.

Art. 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** (Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nella **Scheda di adesione**.

L'**Assicurato** deve dare comunicazione scritta all'**Assicuratore** di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella **Scheda di Copertura**.

Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti o non accettati dall'**Assicuratore** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

In caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il **Premio** o le rate di **Premio** successive alla comunicazione fatta dall'**Assicurato**, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile.

Art. 3 – Periodicità e mezzi di pagamento del Premio

Il **Premio** è dovuto con periodicità annuale.

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel **Modulo** se il **Premio** è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato.

Se l'**Assicurato** non paga il **Premio** relativo al primo **Periodo di Assicurazione**, l'**Assicurazione** resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto degli **Assicuratori** al pagamento dei **Premi** scaduti ai sensi dell'Art.1901 del Codice Civile.

I **premi** devono essere pagati dal **Broker/Corrispondente dei Lloyd's** al **Coverholder dei Lloyd's** attraverso cui la presente **Assicurazione** è stata negoziata, secondo i termini previsti negli accordi di collaborazione stipulati tra le parti.

Gli unici mezzi di pagamento del **Premio** agli **Assicuratori** sono i seguenti: bonifici bancari/assegni circolari e contanti fino ad un massimo di Euro 750,00 (settecentocinquanta Euro) a favore degli **Assicuratori** e/o degli intermediari autorizzati espressamente in tale qualità.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti o Aziende diversi da quelli di appartenenza, l'**Assicurato** dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo **Premio**.

Il **Premio** dovuto sarà pari al maggiore tra i premi delle diverse mansioni ricoperte più il 75% (settantacinque per cento) della somma dei **Premi** relativi alle rimanenti mansioni ricoperte.

Art. 4 – Forma delle comunicazioni – Variazioni del contratto

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'**Assicurato** e dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia.

Art. 5 –Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'**Assicurato** deve completare e sottoscrivere la **Scheda di adesione** e trasmetterla al **Broker**, unitamente a copia del mezzo di pagamento del relativo **Premio**.

La compilazione, la sottoscrizione, l'invio della **Scheda di adesione**, purché datata e firmata, ed il pagamento del relativo **Premio** comportano l'automatica attivazione della copertura assicurativa.

Ai fini dell'individuazione della corretta decorrenza del **Periodo di Validità** dell'**Assicurazione**, farà fede esclusivamente la data del pagamento del **Premio** ricevuto dal **Broker**.

In caso di mancato pagamento del **Premio** in sede di rinnovo dell'**Assicurazione** trova applicazione quanto disposto dall'Art.1901 Codice Civile.

L'**Assicurato** ha diritto di recedere dalla presente **Assicurazione** mediante raccomandata a.r. da inviarsi al **Broker** nei 14 (quattordici) giorni successivi alla data di decorrenza del **Periodo di Validità** dell'**Assicurazione** come sopra definita. Gli **Assicuratori** provvederanno al rimborso del **Premio** non usufruito, al netto dell'imposta.

Con l'attivazione del presente Certificato non è consentito all'Assicurato attivare altri certificati con lo stesso Assicuratore per la stessa annualità. In caso di attivazione di più certificati sarà ritenuto valido esclusivamente il primo Certificato emesso in ordine cronologico.

Art. 6 – Variazione dell'attività

L'**Assicurato** deve informare gli **Assicuratori** della variazione di attività svolta, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data in cui è intervenuta la variazione medesima. Qualora tale notifica sia avvenuta nei termini di cui sopra, l'**Assicurazione** è operante dalla data in cui è intervenuta la variazione dell'attività; diversamente, in caso di comunicazione tardiva, l'**Assicurazione** è operante dalle ore 24.00 della data di ricezione della notifica di cui sopra.

L'eventuale adeguamento del **Premio** sarà comunicato all'**Assicurato** attraverso il **Broker**.

Art. 7 – Variazioni legali del rischio

Fermo restando quanto previsto all'Art. 6 - *Variazione dell'attività*, qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** si verifichi una diminuzione (Art. 1897 Codice Civile) o un aggravamento (Art. 1898 Codice Civile) del rischio per effetto del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'**Assicurato** presso la **Struttura Sanitaria**

Pubblica come indicata nella **Scheda di Copertura**, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa **Assicurazione** senza alcuna modifica del **Premio** dovuto agli **Assicuratori**

Art. 8- Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia di Sinistri

Fermo restando le definizioni di polizza **Richiesta di risarcimento** e **Sinistri**, è fatto obbligo all'**Assicurato** denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i **Sinistri** per cui abbia ricevuto in forma certa:

- a. Formale messa in mora da parte dell'**Azienda di appartenenza** e/o dell'**Assicuratore dell'Azienda di appartenenza** per responsabilità per colpa grave;
- b. Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o il procedimento civile promosso contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa **Assicurazione** e/o le comunicazioni ex art. 13 comma 1 della Legge 24/2017 effettuate dalla **Struttura Sanitaria Pubblica** e/o dai loro assicuratori riguardanti giudizi promossi nei confronti dell'**Assicurato**, non costituiscono un **Sinistro** ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

L'**Assicurato** deve far **Denuncia** scritta agli **Assicuratori** di ciascun **Sinistro** entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La **Denuncia** va fatta al **Corrispondente dei Lloyd's**.

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'**Art. 12 - Coesistenza di altre Assicurazioni**, 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

Art. 9- Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni **Denuncia di sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'**Assicurato** che gli **Assicuratori** possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli **Assicuratori**, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'**Assicurato** la frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Art. 10- Tacito Rinnovo

In mancanza di disdetta da entrambe le parti mediante lettera raccomandata, fax o posta certificata (PEC), spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del **Certificato**, lo stesso si intende tacitamente rinnovato per un anno e così' successivamente.

Per i casi nei quali la Legge od il **Certificato** si riferiscono al periodo di Assicurazione questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stata stipulata per una diversa durata, nel qual caso esso coincide con la durata riportata nel **Certificato**.

Il tacito rinnovo non sarà operante nel caso in cui, fino a 40 giorni prima della scadenza di ogni Periodo di Assicurazione annuale, venissero notificate dall'Assicurato richieste di risarcimento e/o Circostanze agli Assicuratori.

Art. 11- Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali

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

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

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**.

Art. 12 - Coesistenza di altre Assicurazioni

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi **Danni** o perdite, questa **Assicurazione** opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i **Massimali** previsti dalle altre **Assicurazioni** siano esauriti, fermo in ogni caso il **Massimale** stabilito nella **Scheda di Copertura** e ferme le franchigie ove applicabili. L'obbligo di comunicare agli **Assicuratori** la coesistenza di altre

Assicurazioni sussiste soltanto in caso di **Sinistro**. L'**Assicurato** è tenuto a denunciare il **Sinistro** a tutti gli **Assicuratori** interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare la perdita del diritto all'indennità.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente **Certificato**, si fa rinvio alle disposizioni della Legge italiana vigente in materia. Per le eventuali controversie inerenti il presente **Certificato** è esclusivamente competente il Tribunale del luogo ove ha sede l'**Assicurato**.

Art. 14 – Oneri fiscali

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

Art. 15 – Clausola di Responsabilità Disgiunta

ATTENZIONE contiene informazioni importanti **SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE**.

La responsabilità di un **Assicuratore** nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri **Assicuratori** che partecipano al presente contratto. Un **Assicuratore** è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un **Assicuratore** non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro **Assicuratore**. Un **Assicuratore** non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro **Assicuratore** che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un **Assicuratore** (oppure, nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un **Assicuratore**. Ogni membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro **Assicuratore** che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun membro è presso i Lloyd's, One Lime Street, Londra EC3M 7HA. L'identità di ciascun membro di un Sindacato dei Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere richieste mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria dei Lloyd's indicata nella Nota Informativa.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

Art. 16 – Responsabilità solidale

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

Art. 17 – Legge applicabile - Giurisdizione - Elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari

E' convenuto tra le parti che la presente **Assicurazione** è regolata da e sarà interpretata esclusivamente in base alla Legge italiana.

Ogni controversia derivante da, relativa a e/o connessa alla presente **Assicurazione** sarà devoluta all'autorità giudiziaria italiana.

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari da parte dell'**Assicurato** agli **Assicuratori** ai sensi della presente polizza, questi ultimi eleggono domicilio presso:

Ufficio Italiano di Lloyd's

All'attenzione del Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's

Corso Garibaldi, 86

20121 Milano

Fax n. 02 63788850

E-mail servizioclienti@lloyds.com

L'elezione di domicilio che precede non pregiudica il diritto degli **Assicuratori** di eccepire decadenze e/o tardività nella notificazione degli atti.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 19 – Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del **Premio** convenuto e alle condizioni tutte di questo **Certificato**, gli **Assicuratori**, fino a concorrenza del **Massimale** quale definito all'Art. 25 – *Massimale di Assicurazione* e stabilito nella **Scheda di Copertura**, prestano l'**Assicurazione** nella forma "claims made" enunciata all'Art. 20 - *Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made)* e si obbligano a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria qualora l'**Assicurato** sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza della Corte dei Conti a titolo di **Danno** all'immagine dell'Ente e della Pubblica Amministrazione in genere.
- Azione di surrogazione esperita dalla Società di **Assicurazione** dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge a condizione che l'**Assicurato** sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti.

L'**Assicurazione** è riferita alle attività dichiarate dall'**Assicurato** nella **Scheda di adesione** ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre **Strutture Sanitarie Pubbliche** e dichiarate nella **Scheda di Copertura**, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'**Assicurazione** è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'**Assicurato** nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della **Struttura Sanitaria Pubblica** indicata nella **Scheda di Copertura**, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'**Assicurazione** comprende la responsabilità civile personale per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

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

Art. 20 – Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made)

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

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese indicato nella **Scheda di Copertura**.

Art. 21 – Precisazione sui rischi coperti

L'**Assicurazione**, quale delimitata in questa polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'**Assicurato** nella **Scheda di adesione** ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende sanitarie e dichiarate nella **Scheda di adesione**, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

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

Art. 22 – Nozione di "Terzo" o "Terzi"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'**Assicurato**, compresi i pazienti. 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 del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Art. 23 – Esclusioni

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

- a. i **Sinistri** che siano denunciati agli **Assicuratori** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, salvo la tolleranza di 10 (dieci) giorni di cui all' *Art.8 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia di Sinistri*;
- b. le **Richieste di risarcimento** avanzate nei confronti dell'**Assicurato** prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione** in corso, anche se mai denunciate a precedenti **Assicuratori**; i **Sinistri** e le circostanze denunciati ai precedenti **Assicuratori**; le **Richieste di risarcimento** connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'**Assicurato** prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione**. Configurano fatti e circostanze note: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'**Azienda di appartenenza** o dal suo **Assicuratore**; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria **Azienda di appartenenza** e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'**Assicurato**.
- 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**.

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di risarcimento:

1. riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramoenia ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici.
2. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'**Assicurato** con dolo;
3. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
4. 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;
5. 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'*Art. 28 – Territorialità e Giurisdizione*;
6. per **Danni** che siano imputabili all'assenza del consenso informato;
7. per **Danni** derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'**Assicurato**;
8. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'**Assicurato**;
9. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
10. 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);
11. relative a **Danni** alle cose mobili e immobili che l'**Assicurato** abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'**Assicurato** è medico veterinario;
12. relative a perdite o **Danni** da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
13. 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**;
14. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da **Danno** ambientale;
15. che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
16. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'**Assicurato** o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'**Assicurato** esercita la professione;
17. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
18. che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo,

organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla **Carica** di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

19. Derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni di diritti della persona.
20. derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.
21. che siano presentate nei confronti di qualsiasi **Assicurato** in qualsiasi modo riconducibili a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti d'America), a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: Cuba, Iran, Corea del Nord, Myanmar, Sudan, Libia e Siria.

Si conviene inoltre che l'**Assicuratore** non sarà tenuto:

al pagamento di qualsiasi somma dovuta a qualunque persona fisica o persona giuridica che sia stata dichiarata non idonea a ricevere vantaggi o benefici economici in seguito a embargo o sanzioni previste dall'ONU, dall'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America;

oppure:

al rimborso di un **Assicurato** che abbia indennizzato tale persona fisica o persona giuridica.

Art. 24 – Estensione dell'Assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – Protezione di eredi e tutori

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

Previo il pagamento di un **Premio** aggiuntivo calcolato come indicato nella Scheda di Copertura, è riservata all'**Assicurato** la facoltà di acquistare un **Periodo di Osservazione** della durata di 5 o 10 anni per eventuali azioni nei propri confronti relativamente a fatti verificatisi durante il **Periodo di efficacia** del presente **Certificato**.

Tuttavia, nel caso in cui l'**Assicurato** avesse notificato un **Sinistro** o una circostanza durante il **Periodo di efficacia** del presente **Certificato**, o in precedenti annualità dello stesso, non avrà diritto ad acquistare un **Periodo di Osservazione** con le modalità suddette. Tuttavia l'**Assicurato** avrà il diritto, entro 30 giorni dalla fine del periodo di durata del **Certificato**, di richiedere all'**Assicuratore** l'offerta per un **Periodo di Osservazione**. L'**Assicuratore** si impegna ad offrire un **Periodo di Osservazione** con i termini, le condizioni ed il **Premio** che riterrà opportuni, secondo criteri ragionevoli.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli **Assicuratori** e nessun **Sinistro** potrà esser loro denunciato.

Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili.

Art. 25 - Massimale di Assicurazione

La copertura assicurativa viene prestata, per ciascun **Assicurato**, per **Sinistro** e per anno assicurativo, ivi compreso il **Periodo di efficacia** retroattiva ed ultrattiva della **Assicurazione**, fino alla concorrenza del **Massimale** della **Scheda di Copertura**, laddove applicabile.

Nel caso in cui l'**Assicurato** ricopra più **Cariche** il **Massimale** deve intendersi unico per tutte le **Cariche** ricoperte.

Art. 26 – Massimale di Corresponsabilità

Resta convenuto che, nel caso di Corresponsabilità di più soggetti **Assicurati** appartenenti allo stesso Ente nella determinazione di un medesimo **Sinistro**, gli **Assicuratori** per tale **Sinistro** sono obbligati sino ad un massimo, complessivamente fra tutti gli **Assicurati**, definito **Massimale di Corresponsabilità** ed indicato nella **Scheda di Copertura**.

Art. 27 - Surrogazione

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

documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle Strutture Sanitarie Pubbliche, che sono soggetti per legge all'**Assicurazione** sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Art. 28- Territorialità e giurisdizione

L'**Assicurazione** vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'**Ente di appartenenza**, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'**Assicurazione** che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli **Assicuratori** pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di deliberazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPLICITAMENTE PER ISCRITTO

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 Codice Civile, l'**Assicurato** dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di **Assicurazione** e delle Condizioni di **Assicurazione**:

- Art. 1** **Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio**
- Art. 3** **Periodicità e mezzi di pagamento del Premio**
- Art. 5** **Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione –
Termini di pagamento del Premio**
- Art. 8** **Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei
Sinistri**
- Art. 11** **Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali**
- Art. 16** **Clausola di Responsabilità disgiunta**
- Art. 20** **Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva della Assicurazione
(Claims Made)**
- Art. 23** **Esclusioni**
- Art.28** **Territorialità e giurisdizione**

Eventuali Estensioni di **Assicurazione** e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella **Scheda di Copertura**.

Ultimo aggiornamento: Dicembre

**SCHEDA ADESIONE ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA AI CASI DI COLPA GRAVE
RINNOVO POLIZZA IN SCADENZA**

Azienda _____

POLIZZA LLOYD'S

Periodo di copertura : 12 mesi dalle ore 24:00 della data di adesione / scadenza polizza in essere

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ (_____) _____
telefono _____ email _____

In servizio presso l'Unità Operativa di _____ (Tel. _____)
dell'Azienda _____, quale appartenente alla sotto specificata categoria:

CATEGORIA: _____	PREMIO ANNUO LORDO : _____
---------------------	----------------------------

PRESO ATTO

delle condizioni normative della polizza sopra richiamata e riassunte nella nota informativa qui allegata;

Massimali : Euro _____ per sinistro con retroattività _____ e nessuna franchigia

DICHIARA

di voler rinnovare la copertura assicurativa Lloyd's "Rinuncia alla rivalsa per colpa grave" anno 2018;

Il/La sottoscritto/a ha provveduto al pagamento del premio mediante

Bonifico Bancario IBAN DOMUS MEDICA SERVIZI: IT 68 Y 03069 60756 100000002593

Assegno Contante Bancomat/Carta di credito

in data _____

CAUSALE DA INDICARE NEL BONIFICO : Adesione alla colpa grave – Polizza LLOYDS MCSURE Anno 2018

Decorrenza : Periodo Annuo dal _____

La presente adesione costituisce, a tutti gli effetti, documento contrattuale.

Data

Il Proponente-

Inviare la scheda compilata a:

Domus Medica Servizi c/o Ospedale Alto Vicentino Via Garziere 42 36014 Santorso (VI) Tel.
0445576049 Fax 0445501951 e mail : info@domusmedicaservizi.it

SCHEDA ADESIONE ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA AI CASI DI COLPA GRAVE
NUOVA ADESIONE / POLIZZA

Azienda _____

POLIZZA LLOYD'S

Periodo di copertura : 12 mesi dalle ore 24:00 della data di adesione

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (____) _____

telefono _____ email _____

In servizio presso l'Unità Operativa di _____ (Tel. _____)

dell'Azienda _____, quale appartenente alla sotto specificata categoria:

CATEGORIA: <input type="checkbox"/>	PREMIO ANNUO LORDO : EURO
--	--

PRESO ATTO

delle condizioni normative della polizza sopra richiamata e riassunte nella nota informativa qui allegata;

Massimali : Euro per sinistro con retroattività' e nessuna franchigia

DICHIARA

di voler aderire alla copertura assicurativa Lloyd's "Rinuncia alla rivalsa per colpa grave" anno 2018;

di non aver ricevuto richieste di risarcimento e/o circostanze così' come definite dal presente contratto negli ultimi cinque anni

Il/La sottoscritto/a ha provveduto al pagamento del premio mediante

Bonifico Bancario IBAN DOMUS MEDICA SERVIZI: IT 68 Y 03069 60756 100000002593

Assegno Contante Bancomat/Carta di credito

in data _____

CAUSALE DA INDICARE NEL BONIFICO : Adesione alla colpa grave – Polizza LLOYDS MCSURE Anno 2018

Decorrenza : Periodo Annuo dal

La presente adesione costituisce, a tutti gli effetti, documento contrattuale.

Data

Il Proponente-

Inviare la scheda compilata a:

Domus Medica Servizi c/o Ospedale Alto Vicentino Via Garziere 42 36014 Santorso (VI) Tel.
0445576049 Fax 0445501951 e mail : info@domusmedicaservizi.it