LLOYD'S

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO**, contenente:

1. la **NOTA INFORMATIVA** comprensiva del **GLOSSARIO**
2. le **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**
3. il **MODULO DI PROPOSTA**

dev'essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa e' redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non e' soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP (ora IVASS).

IL CONTRAENTE DEVE PRENDERE VISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA

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 dei Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

   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 dei 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 dei 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 dei Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.com.

e. I membri dei 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 Prudential Regulation Authority, con sede in 20 Moorgate, London, EC2R 6DA.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 59 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2014* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 28.997 miloni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 20.162 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 6.662 milioni e da riserve centrali di EUR 2.174 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni. L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2014 era il 17079%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 4.166 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 24 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 76 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2014*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2014: http://www.lloyds.com/AnnualReport2014/pdfs/Lloyds%20Annual%20Report%202014.pdf

** Tasso di cambio al 31.12.2014: EUR 1,00 = GBP 0,7789 (fonte: Banca d'Italia).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link:

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

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

A. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

o Il contratto di assicurazione della responsabilita' civile del medico (d'ora in avanti "contratto di assicurazione") puo' – a scelta del proponente - prevedere il rinnovo automatico oppure terminare alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza. La presenza o meno del rinnovo automatico e' indicata nella scheda di copertura.

AVVERTENZA:	Ove sia stato previsto il rinnovo automatico dell'assicurazione, ognuna delle Parti ha facolta' di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di scadenza del contratto stesso. Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 16 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

2. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

o Gli assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario a seguito di senten za definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

o L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di Medico che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico

o Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto degli articoli 5 e 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

AVVERTENZA:	LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA: L'assicurazione è prestata nella forma *"claims made",* ossia a coprire i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo d Efficacia della polizza. Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento riconducibili a comportamenti dolosi o ad attivita' abusive. Altre cause di esclusione sono elencate all'articolo 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE. CONDIZIONI DI SOSPENSIONE DELLA GARANZIA CHE POSSANO DAR LUOGO ALLA RIDUZIONE O AL MANCATO PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO: Il mancato pagamento del premio sospende la copertura assicurativa.

	Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 14 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA:	FRANCHIGIA: costituisce la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Se prevista, la franchigia viene evidenziata nella scheda di copertura. Esemplificazione numerica del funzionamento della FRANCHIGIA L'assicurato viene condannato a risarcire ad un cliente EUR 15.000. Il contratto di assicurazione prevede – in questo esempio -una franchigia per sinistro di EUR 1.000. L'assicurazione paga all'assicurato la differenza tra la somma che questo e' tenuto a risarcire al cliente (EUR 15.000) e la franchigia (EUR 1.000). Questa parte di danno rimane pertanto a carico dell'assicurato.

AVVERTENZA:	MASSIMALE: rappresenta la somma totale che gli Assicuratori mettono a disposizione dei danneggiati per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri relativi a uno stesso Periodo di Assicurazione. Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 5 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

3. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullita'

AVVERTENZA:	dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita parziale o totale del diritto al risarcimento. Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 2 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA:	Il contratto di assicurazione e' nullo quando ricorrono uno o piu' presupposti previsti dall'articolo 1418 Codice Civile, ad esempio perche' l'oggetto del contratto e' impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

4. Aggravamento e diminuzione del rischio

- Il contratto di assicurazione non prevede l'obbligo di comunicare agli assicuratori diminuzioni o aggravamenti del rischio conseguenti a disposizioni di legge o di regolamenti.
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 13 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.
- Esempio di circostanza che diminuisce il rischio: promulgazione di una legge che sollevi il medico dall'obbligo di ottenere il consenso informato in forma scritta (si precisa che

questo esempio non e' reale – si tratta solamente di un'ipotesi astratta).

5. Premi

- Le modalita' e la tempistica di pagamento del premio e' indicata nella scheda di copertura che forma parte integrante del contratto di assicurazione.

6. Rivalse

AVVERTENZA:	il contratto di assicurazione non prevede ipotesi nelle quali gli assicuratori intraprendono azione di rivalsa nei confronti dell'assicurato. Resta fermo il diritto degli assicuratori che abbiano pagato il danno di agire - nei limiti dell'ammontare sborsato – nei confronti dei terzi responsabili del danno stesso (diritto di surrogazione, disciplinato dall'articolo 1916 Codice Civile). Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo 20 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

7. Diritto di recesso

AVVERTENZA:	il contratto di assicurazione prevede due ipotesi nelle quali le parti possono esercitare il diritto di recesso: 1. in caso di sinistro 2. prima di ogni scadenza annuale laddove il contratto sia stato concluso con la previsione del rinnovo automatico. Per maggiori dettagli circa i termini e le modalita' di esercizio del diritto di recesso si rimanda al contenuto degli articoli 16 e 19 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

- Terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo degli assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potra' esser loro denunciato.
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 4 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

10. Legge applicabile al contratto

- Per l'interpretazione del contratto di assicurazione si fa riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana (vedasi articolo 23 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE).

11. Regime fiscale

- Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato (vedasi articolo 15 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE)

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA:	L'assicurato deve fare denuncia scritta agli assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne e' venuto a conoscenza. Per maggiori dettagli circa le procedure liquidative si rimanda al contenuto dell'articolo 18 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

13. Reclami

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

- Ufficio Italiano dei Lloyd's

All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com
Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000;; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

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

Il Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
Vittorio Scala

GLOSSARIO

(le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;

Assicuratori: alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.

Bilanci dei membri: l'utile/(la perdita) da distribuire/(da recuperare) da parte dei Sindacati a favore di/(dai) membri dei Lloyd's;

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

Consumatore: è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

Contratto d' Assicurazione: il contratto in forza del quale l'Assicuratore assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati:

Contraente: Il soggetto che stipula il Contratto d'Assicurazione ed il cui interesse può essere protetto dall'Assicurazione;

Corrispondente dei Lloyd's: la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.

Danno/Danni: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).

Data di Effetto la data indicata nelle Scheda di Copertura

Evento Dannoso: il ricevimento da parte dell'Assicurato di un invito a dedurre o di una citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti

Fondi dei membri presso Lloyd's: i fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro;

Franchigia: Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

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.

Modulo di proposta: documento compilato e firmato dall'Assicurato che contiene tutti gli elementi necessari per la sottoscrizione del rischio e che fa parte integrante della polizza.

Modulo e Scheda di Copertura Modulo: il documento, annesso al Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

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

Periodo di Assicurazione: Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel 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.

Polizza: il documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Scheda di Copertura: il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Scoperto: Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso;

Sindacato: è definito Sindacato il membro dei Lloyd's o il gruppo di membri dei Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" dei Lloyd's;

Sinistro: la richiesta di risarcimento presentata dall'Assicurato ai termini di polizza in seguito al verificarsi di un Evento Dannoso.

Struttura sanitaria pubblica: l'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale.

Sottolimite: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATA NELLA FORMA « CLAIMS MADE »

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la conclusione del presente contratto di assicurazione l'Assicurato conferma:

1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare abilitazione o 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 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 di non essere a conoscenza, alla Data di Effetto definito in calce, di fatti, notizie, circostanze o situazioni che avrebbero potuto determinare o che abbiano determinato richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso,

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.

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Assicurato	Il soggetto specificato nella Scheda di Copertura al quale sono demandate mansioni medico-sanitarie prevalentemente alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Corrispondente dei Lloyd's	Assigeco Srl

Struttura Sanitaria Pubblica	l'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
Data di Effetto	la data indicata nelle Scheda di Copertura
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati in uno stesso Periodo di Assicurazione, ed indipendentemente del numero di Sinistri dichiarati.
Modulo di Proposta	documento compilato e firmato dall'Assicurato che contiene tutti gli elementi necessari per la sottoscrizione del rischio e che fa parte integrante della polizza.
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel 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
Sinistro	la richiesta di risarcimento presentata dall'Assicurato ai termini di polizza in seguito al verificarsi di un Evento Dannoso
Evento Dannoso	il ricevimento da parte dell'Assicurato di un invito a dedurre o di una citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti
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.
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questa polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma *"claims made"*, ossia a coprire i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Efficacia della polizza. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano gli l'articoli 10.1 e 18)*.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma *"claims made"* enunciata all'articolo 4 precedente e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato che esercita l'attivita' professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze alle della struttura sanitaria pubblica indicata nel Modulo di Proposta, ivi compresa l'attivita' professionale intramoenia esercitata in conformita' alle norme ed ai regolamenti vigenti in quel momento, nonchè la responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

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 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 sostenute 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.

Articolo 7 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.

Articolo 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste i Sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Sinistri derivanti da richieste di risarcimento fatte valere in paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di paesi diversi dall'Italia.

Articolo 9 ESTENSIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE

Qualora, alla scadenza del periodo di Assicurazione, l'Assicuratore rifiuti di rinnovare questo contratto, le prestazioni assicurative vengono estese ai Sinistri, come definiti nel testo di polizza, notificati agli Assicuratori durante un Periodo di Osservazione di 12 (dodici) mesi dalla data di scadenza del contratto, a condizione che i suddetti Sinistri facciano riferimento ad Eventi Dannosi derivanti da errori o omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Validita' del contratto.
Ai fini di questo articolo, è inteso che l'offerta dell'Assicuratore di far proseguire l' assicurazione a condizioni diverse da quelle in scadenza, non costituisce un rifiuto a rinnovare il contratto.
Alla scadenza dei dodici mesi, il Periodo di Osservazione sopra indicato puo'essere esteso di 24 (ventiquattro) mesi alle medesime condizioni contrattuali, previo pagamento di un premio addizionale pari al 50% dell'ultimo premio annuale. Al fine di attivare l'estensione del periodo di osservazione, e' necessario che l'Assicurato invii richiesta scritta agli Assicuratori almeno trenta giorni prima della scadenza del periodo di osservazione di 12 mesi.
Secondo quanto previsto dagli Articoli 1892 – 1893 del Codice Civile, l'Assicurato dovra' confermare che, al momento della sottoscrizione della richiesta scritta di cui al paragrafo precedente, questi non abbia ricevuto alcuna comunicazione, richiesta o notifica che possano costituire un Evento Dannoso cosi' come definito nel testo di polizza.
Il massimale di polizza indicato nella Scheda di Copertura sara' l'ammontare massimo aggregato che gli Assicuratori saranna tenuti a pagare per tutti i Sinistri notificati durante il suddetto periodo di osservazione di 36 mesi.
Nel caso in cui l'Assicurato stipuli altra polizza assicurativa non sara' previsto alcun periodo di osservazione, qualora gli Assicuratori decidano o meno di rinnovare questo contratto.

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 denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;

b. i Sinistri derivanti da fatti, notizie, circostanze o situazioni note all'Assicurato alla Data di Effetto, indicata nella Scheda di Copertura.

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.

10.2 Sono esclusi dall'assicurazione i Sinistri derivanti da :

a) attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non e' applicabile all'attività intramuraria o di primo soccorso prestato per motivi deontologici.

b) azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

c) attività illecite o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del verificarsi degli eventi, errori od omissioni che fanno scaturire il Sinistro;

d) fatti accaduti o comportamenti 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;

e) fatti accaduti o comportamenti posti in essere dall'Assicurato al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;

f) l'assenza del consenso informato;

g) pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

h) violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

i) 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)*;

j) 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 veterinario;

k) perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

l) la 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;

m) inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

nonchè i Sinistri

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 l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;

o) che abbiano origine o siano connesse con l'impiego di amianto o la presenza di muffe tossiche o l'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato eserciti la professione;

p) che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale svolta dall' Assicurato, 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-sanitario.

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 **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 di Assicurazione. Inoltre, con effetto dalla stessa data di scadenza, alle stesse condizioni e per la durata di 2 (due) anni, senza nessun premio aggiuntivo, entra automaticamente in vigore un periodo di garanzia postuma durante il quale l'Assicurato puo denunciare agli Assicuratori Sinistri derivanti da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Efficacia. Gli Assicuratori risponderanno fino a concorrenza del Massimale convenuto, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti all'intera durata di due anni, terminati i quali l'assicurazione cessa definitivamente.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10 e 18).

In caso di morte o incapacità dell'Assicurato, le attività professionali conseguite fino a quel momento rimangono coperte di garanzia a favore degli eredi o successori o tutori, ed alle condizioni tutte di polizza fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione in corso. Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 19 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

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

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo, ferma restando la Data di Effetto dell'assicurazione (articolo 3)

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 CESSAZIONE DEL CONTRATTO

Ove nella Scheda di Copertura sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Copertura, Il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

CLAUSOLA DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto s'intende automaticamente prorogato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 14.

La proroga è però condizionata al fatto che l'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta presentata agli assicuratori insieme alla richiesta di emissione non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora l'assunto di cui sopra non dovesse corrispondere a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza e gli Assicuratori avranno diritto di confermare la proroga oppure di annullarla con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato i termini di rinnovo del contratto. L'assunto di cui sopra s'intende tacitamente confermato se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (aggravamento del rischio). *(Si vedano gli articoli 1 e 2).*

Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio, l'Assicurato può farne comunicazione agli Assicuratori almeno 15 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione e gli Assicuratori, se ricorrono le condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, sono tenuti a ridurre il premio della proroga e rinunciano alla facoltà di recesso prevista dallo stesso articolo.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto con comunicazione scritta che dev'essere inviata all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 19 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

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.

Articolo 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta di ciascun Evento Dannoso entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta al Loss Adjuster.

Si precisa che l'obbligo di denuncia riguarda esclusivamente gli Eventi Dannosi, ossia quando l'Assicurato abbia ricevuto in forma scritta l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti. Pertanto, a titolo esemplificativo e non esaustivo, l'eventuale inchiesta o procedura giudiziale (civile o penale) promosse contro l'Assicurato **NON** sono considerate Eventi Dannosi e l'Assicurato non ha l'obbligo di denunciarne l'esistenza agli Assicuratori.

Tale denuncia di cui al primo comma sopra deve contenere la data e la narrazione del fatto che ha dato luogo all'originale richiesta di risarcimento da parte di terzi, 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 all'Evento Dannoso, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Ferma ed invariata la definizione di Sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un Evento Dannoso entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 10.1)*.

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.

Articolo 19 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.

Articolo 20 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.

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 dall'Assicurato e dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER

Con la conclusione del presente contratto l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazione indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker di Assicurazione o Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta all'Assicurato;

Ogni comunicazione fatta dal Broker di Assicurazione o Corrispondente dei Lloyd's al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 20 che resta invariato e confermato.

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker di Assicurazione o Corrispondente dei Lloyd's.

Articolo 23 NORME DI LEGGE

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.

CLAUSOLA EUROPEA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Salvo che diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente Contratto d'Assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori dei Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente Contratto d'Assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

RECLAMI

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.
Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano di Lloyd's
All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.
Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

L'ASSICURATO **IL CORRISPONDENTE DEI LLOYD'S**

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente polizza 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 i Sinistri fatti per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione.

2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa polizza:

Articolo 1	**Dichiarazioni dell'Assicurato**
Articolo 4	**Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)**
Articolo 10	**Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 10.1)**
Articolo 16	**Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale**
Articolo 17	**Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
Articolo 18	**Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**
Articolo 19	**Facoltà di recesso in caso di Sinistro**
Articolo 22	**Clausola Broker**

L'ASSICURATO

APPENDICE A

ESTENSIONE PER L'INCLUSIONE DELLA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA

Si prende nota che diversamente da quanto stabilito dai termini, le esclusioni, le disposizioni e le condizioni nella polizza o nelle modifiche successive, e soggetto al pagamento da parte dell'Assicurato del premio addizionale concordato, questa assicurazione e' estesa alla copertura dei sinistri come definiti all'Articolo 3 derivanti dalla Responsabilita' Amministrativa dell'Assicurato.

Le seguenti modifiche si applicano al testo di polizza:

a. Una definizione addizionale e' inclusa all'Articolo 3:

"Responsabilita' Amministrativa" la responsabilita' gravante sull'Assicurato che, avendo disatteso obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una Perdita Patrimoniale all'Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, piú in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.

b. L'Articolo 5 si intende sostituito dal seguente:

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo 4 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato che esercita l'attività professionale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e prevalentemente alle dipendenze di una struttura sanitaria pubblica, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti, nonchè la responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

c. L'esclusione 10.2 p) e'da considerarsi eliminata.

Fermo ed invariato il resto.

Responsabilità civile
Personale Dipendente del S.S.N.
Modulo di proposta

La quotazione e' subordinata all'esame del questionario completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

AVVISO IMPORTANTE

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile)

(1) La presente proposta deve essere compilata a penna dal proponente. E' necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo deve essere firmato e datato.

(2) Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere invalidabile qualsiasi polizza, o potrà gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e cognome del proponente:
_____

(b) Indirizzo e codice fiscale:
_____!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!

(c) Denominazione dell'Ente di appartenenza _____

(d) Indicare se il Proponente e' Dirigente di II Livello: **Si** ☐ **No** ☐

(e) Specializzazione conseguita: _____

☐ Specializzato ☐ Specializzando

02. PRECEDENTI ASSICURATIVI: indicare se - negli ultimi 5 anni – il proponente ha stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio_____

In caso affermativo, precisare:
(a) Impresa assicuratrice: _____
(b) Periodo di polizza:_____
(c) Massimale di polizza:_____
(d) Premio ultima annualita':_____

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo – In caso affermativo si prega di fornire dettagli Si ☐ No ☐
_____

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali – fra le opzioni seguenti – il proponente desideri inserite in polizza:

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO**:
Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati 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.

EUR 5,000,000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA'**: indicare il periodo di retroattivita' richiesto:

☐ 2 ANNI ☐ 5 ANNI

04. SINISTROSITA' PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento*, come definite di seguito, nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni? Si ☐ No ☐

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di poter cagionare richieste di

risarcimento* come definite di seguito. Si ☐ No ☐

Richiesta di risarcimento:

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato :

i. l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;

ii. la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave.

IN CASO AFFERMATIVO, SI PREGA DI FORNIRE – IN MERITO A CIASCUN SINISTRO E/O CIRCOSTANZA DALLA QUALE POSSA SCATURIRE UN SINISTRO RIENTRANTE NELLA TIPOLOGIA DI COPERTURA OFFERTA DA QUESTA POLIZZA:

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");
   _____
2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;
   _____
3. Indicazione dei profili di responsabilita' accertati, presunti o presumibili;

(b) 05. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara:
a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;
b. di prendere atto che questa Proposta non vincola ne' gli Assicuratori ne' il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione;
c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa;
d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura.
e.

Firma: **Data:**

Nome (in maiuscolo):

Qualifica:

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE
La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:
Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.
Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.
Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

3 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire i Sinistri fatti per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione.

4 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa polizza:

Articolo 1	**Dichiarazioni dell'Assicurato**
Articolo 4	**Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)**
Articolo 9	**Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 9.1)**
Articolo 15	**Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale**
Articolo 16	**Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
Articolo 17	**Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.**
Articolo 18	**Facoltà di recesso in caso di sinistro**
Articolo 21	**Clausola Broker**

Firma: **Data:**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Firma: **Data:**

Nome (in maiuscolo):