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, 9.1, 19

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

1.1 di esercitare tutte le mansioni medico – sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualita' di medico, o di soggetto che svolge una delle altre attivita' indicate nel Modulo di Proposta con regolare iscrizione agli albi e registri laddove 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 alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica indicata nell'annessa Scheda di Copertura;

1.3 di non essere a conoscenza, alla Data di Effetto definita 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	colui che svolge o ha svolto una delle attività indicate in Polizza, il cui interesse è garantito dalla Polizza
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati
Broker di Assicurazione	Il mandatario incaricato dall'Assicurato della gestione ed esecuzione della Polizza

Coverholder dei Lloyd's	Furness Underwriting Ltd
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 di inizio del Periodo di Assicurazione indicata nella 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
Parti	L'Assicurato e gli Assicuratori congiuntamente considerati.
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 della Polizza .
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.
Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze	quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato: a. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali; b. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre; c. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione; d. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;

e. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
f. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
g. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
h. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
i. il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione

Non è considerata Comunicazione Formale della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria.

Loss Adjuster — il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri rientranti in Polizza.

Polizza — l'insieme di documenti che provano l'esistenza del Contratto di Assicurazione ossia le Condizioni di Assicurazione, e la Scheda di Copertura.

Scheda di Copertura — il documento, annesso a questa polizza per farne parte integrante.

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 9.1 e 19).*

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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 nella sua qualità di Medico o di soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta e 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 e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

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 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 ESCLUSIONI

9.1 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 19 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.

9.2 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 10 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 11 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 9.1 e 19).*

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 20 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Articolo 12 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Modulo di proposta costituiscono invito a stipulare il contratto di Assicurazione rivolto dall'Assicurando agli Assicuratori. Il Modulo di proposta deve pervenire agli Assicuratori entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di sottoscrizione dello stesso.

La mancata ricezione da parte degli Assicuratori del Modulo di proposta entro il suddetto termine perentorio oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o piu' dei requisiti a), b) c) qui di seguito elencati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione dalla data di decorrenza della polizza:

a) Firma autografa del Proponente sul Modulo di Proposta;
b) Data del Modulo di Proposta che ricada entro 30 giorni dalla data di ricezione da parte degli Assicuratori;
c) Assenza di domande inevase sul Modulo di Proposta

Gli Assicuratori si riservano il diritto di non accettare il rischio o di concordare con l'Assicurando termini diversi per il contratto qualora l'Assicurando dichiari di essere a conoscenza, alla Data di Effetto della polizza, 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 13 RECESSO PER RIPENSAMENTO

L'Assicurato ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, per il tramite del Broker di Assicurazione. Il termine che precede decorre dal giorno dalla ricezione, da parte dell'Assicurato, della Scheda di Copertura.

Articolo 14 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 15 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, di 12 (dodici) mesi.

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 16 ONERI FISCALI

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

Articolo 17 MODALITÀ 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 15.

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

Qualora quanto 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, concordando eventualmente con l'Assicurato i termini economici di rinnovo oppure di annullarla con restituzione del premio se questo è già stato riscosso. Quanto fino a qui detto s'intende tacitamente confermato se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti. Diversamente 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 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 deve 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 20 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Articolo 18 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 19 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 Coverholder, per il tramite del Broker di Assicurazione, o al soggetto indicato nella Scheda di Copertura.

Si precisa che l'obbligo di denuncia riguarda esclusivamente gli Eventi Dannosi, così come definiti all'art. 3 – Definizioni. 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 9.1).*

Si richiama il secondo comma dell'articolo 18, 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 20 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 21 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 22 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 23 CLAUSOLA BROKER DI ASSICURAZIONE

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:

a. Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker di Assicurazione sarà considerata come fatta all'Assicurato;

b. Ogni comunicazione fatta dal Brokerdi Assicurazione al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 17 che resta invariato e confermato.
Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker di Assicurazione.

Articolo 24 NORME DI LEGGE

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

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 9	**Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 9.1)**
Articolo 17	**Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale**
Articolo 18	**Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
Articolo 19	**Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**
Articolo 20	**Facoltà di recesso in caso di Sinistro**
Articolo 23	**Clausola Broker di Assicurazione**

L'ASSICURATO