

SET INFORMATIVO

Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave del personale operante presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche e/o Private

Versione n. 1_25

Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave del personale operante presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche e/o Private

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo *RC Colpa Grave del personale operante presso strutture sanitarie*
Documento predisposto a cura di LLOYD'S Insurance Company S.A. registrato in Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità per Colpa Grave dell'esercente la professione sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-sanitarie Pubbliche e/o Private per ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa, di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria. La polizza assicura inoltre la responsabilità per Colpa Grave dell'esercente una professione non sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-sanitarie Pubbliche per ogni somma che questi sia tenuto a corrispondere a seguito di un'azione della Corte dei Conti nei propri confronti per la Responsabilità Amministrativa e/o la Responsabilità Amministrativo / Contabile, in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata.

A maggior precisazione la garanzia prevista s'intende operante per il caso di colpa grave dell'Assicurato e pertanto opera per le somme che lo stesso sia tenuto a pagare, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, anche nei casi in cui l'Ente Pubblico abbia esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'Assicurato a seguito di risarcimento a Terzi.



Che cosa è assicurato?

PERSONALE ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza ex art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le attività professionali esercitate dall'Assicurato, presso la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina. L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati.



Che cosa non è assicurato?

- × Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato o di taluno dei suoi legali rappresentanti o amministratori (art.1917 del Codice Civile);
- × Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il sottolimito di indennizzo o massimale pattuito;
- × Multe, ammende, sanzioni amministrative personali;
- × Danni subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di infortuni durante lo svolgimento della propria attività professionale;

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

PERSONALE NON ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

L'Assicurazione nei limiti e alle condizioni previste in polizza, è prestata per quanto l'Assicurato sia tenuto a corrispondere a seguito di un'azione della Corte dei Conti nei propri confronti per la Responsabilità Amministrativa e/o la Responsabilità Amministrativo / Contabile, in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata.

A maggior precisazione la garanzia prevista s'intende operante per il caso di colpa grave dell'Assicurato e pertanto opera per le somme che lo stesso sia tenuto a pagare, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, anche nei casi in cui l'Ente Pubblico abbia esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'Assicurato a seguito di risarcimento a Terzi.

È compreso altresì in garanzia quanto l'Assicurato dovrà corrispondere a seguito di rito abbreviato ex art. 130 del codice di giustizia contabile a condizione che il ricorso al rito abbreviato sia stato preventivamente concordato con l'Assicuratore.

L'Assicurazione si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere in modo esclusivo, sia per quelli di cui sia solidamente responsabile, limitatamente, in tale ultimo caso, alla quota di sua diretta pertinenza. L'Assicurazione comprende inoltre:

le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;

le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a Terzi, all'Ente Pubblico, alla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza ed all'Erario in genere a seguito di propri errori;

le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per la gestione di valori e di beni compresi nel patrimonio dell'Ente Pubblico e della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al Fascicolo Informativo. Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale)



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato per:

- ! i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- ! i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in relazione a 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;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed 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);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi 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;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze 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;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze conseguenti a non accidentale inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze 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;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze 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.

Resta inteso che in nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si esponano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

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

Non sono considerati "terzi":

- ! il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- ! i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, si applicano i seguenti disposti:

- ! l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza;
- ! 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.



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, di Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e della Svizzera. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.



Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di:

- Accedere all'apposita piattaforma web e far pervenire al Broker il Modulo di Proposta generato, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura.
- La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:
 - A) Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta ;
 - B) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta;
 - C) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta;
 - D) Assenza di domande inevase;
 - E) Dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze;
- In caso di risoluzione dell'Assicurazione, il proponente ha diritto esclusivamente alla restituzione del Premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

- Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione. L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.
- Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge.

Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge. Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza definita nel Modulo di Proposta



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il primo 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. Il periodo di Assicurazione termina alle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di copertura. Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.



Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta inviata con preavviso di almeno 45 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.

Assicurazione della Responsabilità Colpa Grave del personale operante presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Non applicabile
Product: **RC Colpa grave del personale operante presso strutture sanitarie**
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: sesta versione
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 30 Settembre 2024 Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

Sito web: <http://www.lloydseurope.com>

E-mail: LloydsEurope.Info@lloyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Alla fine del 2023, il capitale sociale ordinario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 558 milioni. Inoltre, attraverso il rilascio di una lettera di credito sono stati resi disponibili ulteriori fondi propri per 200 milioni di EUR. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 322 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 710 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e SCR, è pari al 221%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 80 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 549 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2023 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

- L'Assicurazione vale per gli incarichi di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Assicurati in rappresentanza dell'Ente Pubblico in altri Organi Collegiali. L'Assicurazione vale altresì per all'attività di Membro di commissione / Commissario di gara Albo ANAC – sez. “c” e “d”, non retribuita dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, presso altri Enti Pubblici, diversi da quello con il quale l'Assicurato ha un rapporto di impiego, di mandato o di servizio.
- L'Assicurazione è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dalle responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore), sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dagli Assicurati in funzione di:
 - Datore di Lavoro e/o Responsabile del servizio di prevenzione e protezione e/o altre figure previste dal D.M. 363/1998 ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.;
 - Committente, Responsabile dei lavori, Coordinatore per la Progettazione e/o Coordinatore per l'esecuzione dei lavori ai sensi del D.lgs.- n. 81/2008 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.
- L'Assicurazione è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dallo svolgimento delle attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore).
 - L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.
 - L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale.
 - L'Assicurazione comprende anche le fattispecie di Responsabilità Civile derivanti all'Assicurato ai sensi delle disposizioni della Legge n. 196 del 03/06/2003 e del Regolamento (UE) 679/2016 GDPR- Regolamento generale sulla protezione dei dati - e loro successive modifiche e integrazioni, per Danni cagionati a Terzi in conseguenza dell'errato trattamento colposo (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi.
 - L'Assicurazione è altresì operante nel caso in cui l'azione di rivalsa esercitata dalla Pubblica Amministrazione, nei confronti del proprio personale non esercente una professione sanitaria che svolga una delle attività indicate nel Modulo di proposta, sia promossa innanzi alla magistratura ordinaria, nel solo caso di sentenza definitiva che stabilisca una condanna/soccombenza per colpa grave nei confronti dell'Assicurato.
 - La copertura assicurativa è estesa ai Danni connessi all'esercizio dell'attività di Personale Tecnico.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Estensione continuità di copertura	A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che: <ul style="list-style-type: none"> a) alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza;
---	---

	<p>b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti in Polizza.</p> <p>c) l'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente Polizza, dalla data di cui al punto a);</p> <p>d) l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Proposta non siano dovuti a dolo.</p>
--	--

Clausola di responsabilità solidale	<p>La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.</p> <p>Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.</p> <p>In caso di condanna in solido dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche, Strutture e altri soggetti) la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.</p> <p>La Copertura Assicurativa, ad esclusione dei danni derivanti da fatti dolosi, è estesa anche per un massimale di euro 100.000,00 ad una eventuale provvisoria liquidata in sede penale e per la quale l'Ente, dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precetto nei confronti dell'Assicurato medesimo.</p> <p>L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura sanitaria o Socio-sanitaria di appartenenza e/o della sua compagnia di Assicurazione per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna la Struttura sanitaria o Socio-sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.</p>
--	---



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
-----------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di Sinistro, l'Assicurato deve dare avviso scritto al Broker, anche a mezzo fax, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, di una Richiesta di Risarcimento e/o di Fatti e/o Circostanze.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile. Da ciò ne deriva che le denunce di Sinistro e/o le comunicazioni pervenute oltre due anni dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla prestazione, comporteranno per l'Assicurato la perdita del diritto alla prestazione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	L'Assicuratore, verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione ai fini istruttori, provvederà alla formulazione di una congrua e motivata offerta per l'indennizzo o a comunicare i motivi per i quali non ritiene di presentare una offerta. L'Assicuratore provvederà alla liquidazione della somma a favore dell'Assicurato entro 60 giorni dall'invio della conferma di liquidazione/disposizione di bonifico.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Non sono previsti casi di rimborso del premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione alla Società, per il tramite del Broker.</p> <p>Il termine che precede decorre dal giorno successivo alla data della disposizione del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del Premio. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.</p>
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto è rivolto agli esercenti la professione sanitaria o una professione non sanitaria, che svolga la propria attività in qualità di dipendente, o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria.

**Quali costi devo sostenere?****Costi di intermediazione:**

Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari dell'intera filiera, fino ad un massimo del 30% del premio pagato.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?**All'impresa assicuratrice****Servizio Reclami**

Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano
Fax: +39 02 6378 8857
E-mail: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com o
lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com

Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dal presentazione del reclamo.

All'IVASS

In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel.
800 486661 (chiamate dall'Italia)
Tel...: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero)
Fax : +39 06 42133 206
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Come da normativa italiana di riferimento

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://lloydseurope.com/contact/italy/tabella-delle-patologie

<p><i>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</i></p>	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
<p><i>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</i></p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

L'ASSICURAZIONE E' PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE»
Si vedano gli articoli 4, 7, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la stipulazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare una delle professioni sanitarie indicate nel Modulo di Proposta con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti **o in alternativa di esercitare presso una Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria Pubblica una delle attività indicate nel Modulo di Proposta.**

1.2 di esercitare la predetta attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria

1.3 di non essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione oppure di essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come indicato nel Modulo di Proposta.

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 indennizzato dall'Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Ai fini dell'applicazione degli artt. 1892 e 1893 c.c. saranno considerate esclusivamente le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel Modulo di Proposta.

Con riferimento a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelli di cui alla relativa Definizione contenuta nell'Articolo 3 che segue.

Articolo 3 DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante della Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori Lloyd's Insurance Company S.A.

Assicurato/Contraente L'esercente la professione sanitaria che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta, e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o a qualunque titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria, incluso lo specializzando. Il Personale non esercente una professione sanitaria che svolge una delle attività indicate nel Modulo di

Proposta presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica, anche se svolta temporaneamente in sostituzione, distacco, comando e aspettativa presso un ente pubblico non sanitario

Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati.
Attività Professionale	L'attività medico-sanitaria svolta dall'Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e/o l'attività del Personale di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica che non sia esercente una professione sanitaria.
Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, indicato nella Scheda di Copertura.
Claims Made	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dagli Assicuratori) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite a fatti od atti pregressi purché accaduti successivamente alla data inizio retroattività.
Comportamento Colposo	il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.
Comunicazione Formale	la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Assicurato.
Fatti e/o Circostanze	<p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave.▪ 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;▪ l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.▪ la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria 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, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;

- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che all'U.R.P. -Ufficio Relazioni Pubbliche - o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;
- il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.

Danno	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.
Danno Erariale	il Danno pubblico subito dall'Erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza.
Ente Pubblico	Ogni persona giuridica soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti.
Loss Adjuster	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri.
Massimale	La somma massima assicurata che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Modulo di Proposta	il Modulo con il quale il Contraente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.

Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, per il quale è stato pagato il Premio. E' parte integrante del Periodo di Assicurazione l'eventuale estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9).
Periodo di Efficacia	il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione; tale periodo non comprende l'estensione dell'assicurazione in caso di eventuale cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9).
Personale Tecnico	Qualsiasi persona iscritta ad un Albo Professionale, regolarmente abilitata o comunque in regola con le disposizioni di legge per l'affidamento dell'incarico professionale, che ha o abbia avuto un rapporto di impiego, di mandato o di servizio presso un Ente Pubblico e che predispone e sottoscrive il progetto, dirige e/o segue e sorveglia l'esecuzione dei lavori e/o esegue il collaudo statico dell'opera, nonché il Responsabile Unico del Procedimento per la realizzazione di lavori pubblici, il soggetto che svolge attività di supporto al Responsabile Unico del Procedimento per la realizzazione di lavori pubblici e qualsiasi altra persona fisica in rapporto di dipendenza con la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria pubblica che svolge o abbia svolto attività tecniche previste dalla normativa in vigore per conto e nell'interesse della Pubblica Amministrazione.
Polizza	il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta ed alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
Responsabilità amministrativa	la responsabilità gravante sull'Assicurato che per inosservanza degli obblighi o doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, alla pubblica amministrazione o allo Stato.
Responsabilità amministrativo-contabile	la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato, detto "agente contabile", fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio o di impiego con la Pubblica Amministrazione, che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale o un

Danno Erariale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.

Richiesta di Risarcimento Il primo tra:

- l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave.
- la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'assicurato per colpa grave.
- L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.

Scheda di Copertura

il documento, che forma parte integrante della Polizza, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'attività assicurata, il perimetro della copertura ed il premio imponibile con le relative imposte governative.

Serie di Sinistri

La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, agli Assicuratori) in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).
La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro che attiva la Polizza sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.

Sinistro

Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, agli Assicuratori), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione e/o del Periodo di Ultrattività. Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento derivante dai medesimi Comportamenti Colposi gli stessi saranno considerati Sinistri validamente denunciati alla data in cui è stata trasmessa la prima denuncia.

Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria

Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.

Sottolimito La somma massima inclusa nel Massimale e non in aggiunta ad esso, che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese in relazione ad una specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Terzo ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Non sono considerati terzi:

- il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Sociosanitaria presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Le definizioni di cui sopra sono state redatte in osservanza di quanto previsto all'art.166 codice delle Assicurazione Private ex d.lgs 209/2005.

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

L'Assicurazione è prestata nella forma «claims made», ossia opera per le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dagli Assicuratori) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciati agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia. Se l'Assicurato ha svolto in passato una o più attività previste tra quelle indicate nel Modulo di Proposta, ma diverse da quella che svolge attualmente e che è dichiarata nel Modulo di Proposta, la Retroattività è pienamente efficace anche per dette attività. Con riferimento al solo personale non esercente una professione sanitaria la retroattività è estesa alle attività svolte in passato presso un qualunque ente della Pubblica Amministrazione anche se non previste tra quelle indicate nel Modulo di Proposta.

La data di retroattività corrisponde al giorno indicato nella Scheda di Copertura e, ai sensi dell'art. 11 della Legge 8 marzo 2017 n.24, è pari ad almeno 10 anni.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE A - ESERCENTI UNA PROFESSIONE SANITARIA

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo

promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria anche ai sensi dell'art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate nel Modulo di Proposta, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.

L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati. L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

SEZIONE B – PERSONALE NON ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

L'Assicurazione nei limiti e alle condizioni previste in polizza, è prestata per quanto l'Assicurato sia tenuto a corrispondere a seguito di un'azione della Corte dei Conti nei propri confronti per la Responsabilità Amministrativa e/o la Responsabilità Amministrativo / Contabile, in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata.

A maggior precisazione la garanzia prevista s'intende operante per il caso di colpa grave dell'Assicurato e pertanto opera per le somme che lo stesso sia tenuto a pagare, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, anche nei casi in cui l'Ente Pubblico abbia esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'Assicurato a seguito di risarcimento a Terzi.

È compreso altresì in garanzia quanto l'Assicurato dovrà corrispondere a seguito di rito abbreviato ex art. 130 del codice di giustizia contabile a condizione che il ricorso al rito abbreviato sia stato preventivamente concordato con l'Assicuratore.

L'Assicurazione si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere in modo esclusivo, sia per quelli di cui sia solidamente responsabile, limitatamente, in tale ultimo caso, alla quota di sua diretta pertinenza. L'Assicurazione comprende inoltre:

- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;
- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a Terzi, all'Ente Pubblico, alla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza ed all'Erario in genere a seguito di propri errori;
- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per la gestione di valori e di beni compresi nel patrimonio dell'Ente Pubblico e della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari.

ULTERIORI PRECISAZIONI IN MERITO AI RISCHI COPERTI, VALIDI PER ENTRAMBE LE SEZIONI

Attività di rappresentanza, di Membro di commissione e di Commissario di gara (Albo ANAC)

L'Assicurazione vale per gli incarichi di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Assicurati in rappresentanza dell'Ente Pubblico in altri Organi Collegiali.

L'Assicurazione vale altresì per all'attività di Membro di commissione / Commissario di gara (Albo ANAC – sez. “c” e “d”), non retribuita dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, presso altri Enti Pubblici, diversi da quello con il quale l'Assicurato ha un rapporto di impiego, di mandato o di servizio.

L'estensione di garanzia di cui al presente paragrafo è operante a prescindere:

- dal numero di volte per cui questo tipo di attività viene svolta durante l'anno;
- dalla tipologia di Enti Pubblici presso i quali viene svolta tale attività.

Estensione D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

L'Assicurazione è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dalle responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore), sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dagli Assicurati in funzione di:

- Datore di Lavoro e/o Responsabile del servizio di prevenzione e protezione e/o altre figure previste dal D.M. 363/1998 ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.;
- Committente, Responsabile dei lavori, Coordinatore per la Progettazione e/o Coordinatore per l'esecuzione dei lavori ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Quanto sopra, ed in relazione alla Responsabilità Civile operai e/o prestatori di lavoro (RCO), in nessun caso dovrà essere considerato un impegno da parte dell'Assicuratore di rispondere direttamente o indirettamente per effetto di un'azione di rivalsa dell'INAIL, la quale si intende quindi esplicitamente esclusa dalla presente Assicurazione

Ecologia ed ambiente

L'Assicurazione è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dallo svolgimento delle attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore).

Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi

L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

Perdite Patrimoniali e Danni Erariali per attività connesse all'assunzione e gestione del personale

L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale. La prestazione opera con il limite del 50% del massimale di polizza con il limite di euro 500.000,00.

Danni patrimoniali, perdite non patrimoniali e Danni Erariali derivanti dall'attività di Protezione dei Dati personali

L'Assicurazione comprende anche le fattispecie di Responsabilità Civile derivanti all'Assicurato ai sensi delle disposizioni della Legge n. 196 del 03/06/2003 e del Regolamento (UE) 679/2016 GDPR- Regolamento generale sulla protezione dei dati - e loro successive modifiche e integrazioni, per Danni cagionati a Terzi in conseguenza dell'errato trattamento colposo (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi.

Rivalsa presso Magistratura Ordinaria

L'Assicurazione è altresì operante nel caso in cui l'azione di rivalsa esercitata dalla Pubblica Amministrazione, nei confronti del proprio personale non esercente una professione sanitaria che svolga una delle attività indicate nel Modulo di proposta, sia promossa innanzi alla magistratura ordinaria, nel solo caso di sentenza definitiva che stabilisca una condanna/soccombenza per colpa grave nei confronti dell'Assicurato. Nel caso in cui la sentenza di condanna/soccombenza addebiti all'Assicurato una colpa lieve oppure non consenta una gradazione della colpevolezza, la presente garanzia non sarà operante.

La prestazione opera con il Sottolimito del 50% del massimale con il limite di euro 600.000,00

Responsabilità per Personale Tecnico

La copertura assicurativa è estesa ai Danni connessi all'esercizio dell'attività di Personale Tecnico, quali a titolo meramente esemplificativo:

- a) progettista, direttore dei lavori e collaudatore;
- b) attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore);
- c) verifica e validazione dei progetti così come prevista dal D.lgs. 36/2023;
- d) Responsabile Unico del Procedimento per la realizzazione di lavori pubblici.

La copertura assicurativa comprende anche:

- 1) i danni conseguenti a rovina totale o parziale delle opere in costruzione o sulle quali si eseguono lavori, verificatisi durante l'esecuzione o entro cinque anni della loro ultimazione;
- 2) le spese imputabili all'Assicurato per neutralizzare o limitare le conseguenze di un grave difetto che incida sulla stabilità dell'opera, con obbligo da parte dell'Assicurato di darne immediato avviso all'Assicuratore. In caso di disaccordo sull'utilità delle spese suddette o sull'entità di esse, le parti si obbligano a conferire ad un collegio di tre periti mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi. Detti periti sono nominati uno da ciascuno delle parti ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Tribunale competente; ciascuna delle parti remunera il perito da essa designato, contribuendo alla metà delle spese e competenze del terzo perito. Le decisioni del collegio peritale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei periti dissente o si rifiuta di firmare il relativo verbale;

- 3) le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a gravi difetti alle opere riscontrati dopo la ultimazione dei lavori e che rendano l'opera inidonea all'uso al quale è destinata;

Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera, di Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatti valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 ESCLUSIONI

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma «*claims made*», sono esclusi:

1. i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
2. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.

Sono esclusi dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze:

- a) riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- b) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- d) in relazione a 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;
- e) fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- f) per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- g) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- h) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- i) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- j) derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);

- k)** relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed 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);
- l)** relativi 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;
- m)** relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- n)** 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;
- o)** conseguenti a non accidentale inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- p)** 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;
- q)** 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.
- r)** In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcune richiesta di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituiscono violazione di qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni Economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Articolo 8 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori devono prevedere la copertura della responsabilità per intero salvo il diritto di surroga nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali

Articolo 9 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura, senza nessun Premio aggiuntivo e come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017, per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

La copertura di cui al presente articolo cesserà nel momento in cui l'Assicurato dovesse riprendere ad esercitare l'Attività Professionale.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Articolo 10 CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dal proponente sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Proposta (articolo 1 e 2). Le parti concordano che le attività di:

- a)** registrazione dei propri dati personali;
- b)** elaborazione dell'indicazione di Premio;
- c)** accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di Premio ed al sistema di preventivazione online

costituiscono modalità di vendita a distanza e si impegnano al rispetto della normativa IVASS in vigore.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e scade al termine del Periodo di Assicurazione come indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 11 RECESSO PER RIPENSAMENTO

L'Assicurato dispone di 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alle garanzie previste in Polizza, senza doverne indicare il motivo.

Il termine per esercitare il diritto di recesso per ripensamento decorre:

- a) dalla trasmissione al broker del Modulo di Proposta debitamente sottoscritto dal Contraente /Assicurato; o
- b) dal pagamento del Premio al Broker

Per poter usufruire del "diritto di ripensamento" l'Assicurato deve:

- comunicare la propria decisione al Broker via mail;
- inviare al Broker una raccomandata con ricevuta di ritorno entro 14 giorni dalla data di ricezione dei documenti assicurativi dichiarando di non essere a conoscenza di danni avvenuti nel periodo;
- restituire al Broker i documenti assicurativi originali tramite raccomandata con ricevuta di ritorno entro 15 giorni dalla data di comunicazione del ripensamento.

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento nell'ipotesi sub b), in assenza di Sinistri, e con le modalità sopra indicate, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.

In caso di Sinistro verificatosi nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio, è precluso il diritto di recesso per ripensamento.

Articolo 12 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione. L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.

Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

Articolo 13 MODALITÀ DEL RINNOVO

La Polizza viene rinnovata automaticamente alle medesime condizioni in corso per ulteriori 12 (dodici) mesi, in assenza di:

- a. disdetta, inviata da una delle parti con preavviso di 45 giorni
- b. variazioni di rilievo dell'attività professionale ai sensi del terzo capoverso dell'art. 12, inerente il Periodo di Assicurazione immediatamente precedente al rinnovo;
- c. qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze ricevuta dall'Assicurato, o di cui l'assicurato sia venuto a conoscenza nel corso del Periodo di Assicurazione precedente al rinnovo.

In presenza di almeno una delle condizioni sopraindicate, è facoltà dell'Assicuratore procedere a separata valutazione del rischio e all'eventuale applicazione di differenti condizioni di rinnovo.

Articolo 14 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web deve pervenire al Broker entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti a), b), c) dell'Articolo 10.

La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:

- a) Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta ;
- b) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta;
- c) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta;
- d) Assenza di domande inevase;
- e) Dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze;

In caso di risoluzione dell'Assicurazione, il proponente ha diritto esclusivamente alla restituzione del Premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato o dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.

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 17 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia di Sinistro scritta agli Assicuratori, per il tramite del Broker, di ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Tale denuncia di Sinistro deve contenere la data e la descrizione 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 di Sinistro devono far seguito, con urgenza, i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a dettagliata relazione confidenziale sui fatti.

Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento derivante dai medesimi Comportamenti Colposi, gli stessi saranno considerati Sinistri validamente denunciati alla data in cui è stata trasmessa la prima denuncia.

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 18 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

Sono a carico degli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento, in aggiunta al massimale, ma entro il limite del 25% del massimale medesimo.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano dagli stessi designati o autorizzati e non rispondono di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'Assicurato.

Articolo 19 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, inclusa la Struttura Sanitaria di appartenenza. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Articolo 20 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione della Polizza deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 21 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

1. il Contraente/Assicurato conferisce mandato al Broker di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
2. gli Assicuratori conferiscono mandato al Lloyd's Coverholder One Underwriting Srl di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questa Assicurazione.

È convenuto pertanto che:

1. ogni comunicazione fatta al Broker si considererà come fatta al Contraente/Assicurato;
2. ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso;
3. ogni comunicazione fatta a One Underwriting Srl si considererà come fatta all'Assicuratore;
4. ogni comunicazione fatta da One Underwriting Srl si considererà come fatta dall'assicuratore.

Articolo 22 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

Per l'interpretazione della presente Polizza e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Articolo 23 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo 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. Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.

Appendice A) - ESTENSIONE CONTINUITA' COPERTURA

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

- a) alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza;
- b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti in Polizza.
- c) l'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente Polizza, dalla data di cui al punto a);
- d) l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Proposta non siano dovuti a dolo.

Appendice B) - ESTENSIONE PER IL PERSONALE NON PIU' IN ATTIVITA'

1) La presente appendice è da intendersi valida e operante esclusivamente per i soggetti che rientrano nella definizione di Assicurato/Contraente di seguito riportata:

“In deroga a quanto disposto nell'Art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Assicurato/Contraente, si deve intendere unicamente l'Esercente la professione sanitaria o il personale non esercente una professione sanitaria che abbia svolto una delle Attività Professionali, e che abbia svolto la propria attività in qualità di dipendente o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, e che la cessazione dell'attività sia già avvenuta al momento della data di decorrenza della presente polizza”

La cessazione dell'attività professionale può essere avvenuta per qualsiasi causa, compresa la libera scelta.

2) A parziale deroga dell'art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Periodo di Efficacia si intende il periodo entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di cessazione dell'Attività Professionale.

3) Se ricorrono le condizioni di cui al punto 1) l'Art. 9 Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori, deve intendersi abrogato.

Appendice C) – CONDANNA IN SOLIDO

La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

In caso di condanna in solido dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche, Strutture e altri soggetti) la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

La Copertura Assicurativa, ad esclusione dei danni derivanti da fatti dolosi, è estesa anche per un massimale di euro 200.000,00 ad una eventuale provvisoria liquidata in sede penale e per la quale l'Ente, dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precetto nei confronti dell'Assicurato medesimo.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura sanitaria o Socio-sanitaria di appartenenza e/o della sua compagnia di Assicurazione per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna la Struttura sanitaria o Socio-sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza e, agli effetti dell'artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara:

1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;

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

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 2	Reticenze e dichiarazioni inesatte
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made") – Retroattività
Articolo 6	Limiti territoriali
Articolo 7	Esclusioni
Articolo 10	Conclusione e durata dell'Assicurazione
Articolo 12	Variazioni del rischio
Articolo 13	Modalità del rinnovo
Articolo 14	Condizione risolutiva del contratto di Assicurazione
Articolo 16	Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio
Articolo 17	Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 18	Spese legali e gestione delle vertenze
Articolo 21	Clausola Broker
Articolo 23	Pagamento del Premio

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLA CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA

1. In deroga a qualsiasi disposizione contraria contenuta nel presente accordo di riassicurazione o a qualsiasi avallo dello stesso, il presente accordo di riassicurazione esclude qualsiasi perdita, responsabilità, costo o spesa o qualsiasi altro importo sostenuto o maturato a favore del soggetto riassicurato, in qualità di assicuratore o riassicuratore, direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca simultaneamente o in qualsiasi sequenza, originata da, causata da, derivante da, contribuito da, derivante da, o altrimenti collegata a:
 - 1.1. irradiazione o contaminazione da materie nucleari; o
 - 1.2. le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose o contaminanti di qualsiasi materia radioattiva; o
 - 1.3. qualsiasi dispositivo o arma che impiega fissione atomica o nucleare e / o fusione o altro tipo di reazione o forza o materia radioattiva.

Definizioni

2. Materiale nucleare significa :
 - 2.1. combustibile nucleare; o
 - 2.2. dove si applica la legge del 1954 sull'energia atomica degli Stati Uniti, e successive modifiche:
 - 2.2.1. materie nucleari speciali; o
 - 2.2.2. materia prima; o
 - 2.2.3. sottoprodotto ; come definito nella legge sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche; o
 - 2.3. dove si applica la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge di modifica della stessa:
 - 2.3.1. qualsiasi materiale, diverso dal torio o dall'uranio naturale o impoverito non contaminato da quantità significative di prodotti di fissione, in grado di rilasciare energia mediante un processo di fissione nucleare a catena autosufficiente;
 - 2.3.2. i materiali radioattivi prodotti nella produzione o nell'utilizzazione dei materiali di cui al punto 2.3.1; e
 - 2.3.3. i materiali resi radioattivi dall'esposizione alle radiazioni conseguenti o incidentali alla produzione o all'utilizzazione dei materiali di cui al paragrafo 2.3.1; o
 - 2.4. nei confronti di qualsiasi territorio in cui non si applichi la legge statunitense sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche e la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge ad essa relativa modificativa, qualsiasi altro materiale radioattivo (compresi ma non limitati ai prodotti e ai rifiuti radioattivi).
3. Combustibile nucleare: qualsiasi materiale, diverso dall'uranio naturale o dall'uranio impoverito, in grado di rilasciare energia nucleare mediante fissione nucleare o in altro modo, da solo o in combinazione con qualsiasi altro materiale.

CYBER and DATA LIMITED EXCLUSION ENDORSEMENT
 (Other than Bodily Injury or Property Damage arising out of a Cyber Incident)
 (for attachment to International Liability forms)

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this Policy or any endorsement thereto this Policy does not apply to any loss, damage, liability, claim, fines, penalties, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with any:

- 1.1. **CYBER ACT** or **CYBER INCIDENT** including, but not limited to, any action taken in controlling, preventing, suppressing or remediating any **CYBER ACT** or **CYBER INCIDENT**; or
- 1.2. loss of use, reduction in functionality, repair, replacement, restoration, reproduction, loss or theft of any **DATA**, including any amount pertaining to the value of such **DATA**, regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence thereto, unless subject to the provisions of paragraph 2.

2. Subject to all the terms, conditions and exclusions contained in this Policy or any endorsement thereto, clause 1.1 of this Endorsement shall not apply in respect of any actual or alleged liability for and/or arising out of:

- 2.1. any ensuing third party bodily injury (other than mental injury, mental anguish or mental disease); or
- 2.2. any ensuing physical damage to or destruction of tangible third party property, resulting from or arising out of a **CYBER INCIDENT**, unless that **CYBER INCIDENT** is caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with a **CYBER ACT**. Nothing contained in the foregoing shall provide any coverage for any action taken in controlling, preventing, suppressing or remediating a **CYBER INCIDENT** or a **CYBER ACT**.

3. In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

4. If the Underwriters allege that by reason of this endorsement loss sustained by the Insured is not covered by this Policy, the burden of proving the contrary shall be upon the Insured.

Definitions

COMPUTER SYSTEM means any computer, hardware, software, communications system, electronic device (including, but not limited to, smart phone, laptop, tablet, wearable device), server, cloud or microcontroller including any similar system or any configuration of the aforementioned and including any associated input, output, data storage device, networking equipment or back up facility, owned or operated by the Insured or any other party.

CYBER ACT means an unauthorised, malicious or criminal act or series of related unauthorised, malicious or criminal acts, regardless of time and place, or the threat or hoax thereof involving access to, processing of, use of or operation of any **COMPUTER SYSTEM**.

CYBER INCIDENT means:

- (a) any error or omission or series of related errors or omissions involving access to, processing of, use of or operation of any **COMPUTER SYSTEM**; or
- (b) any partial or total unavailability or failure or series of related partial or total unavailability or failures to access, process, use or operate any **COMPUTER SYSTEM**.

DATA means information, facts, concepts, code or any other information of any kind that is recorded or transmitted in a form to be used, accessed, processed, transmitted or stored by a **COMPUTER SYSTEM**.

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE GUERRA E GUERRA CIVILE

Nonostante qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, la stessa non copre Perdite o Danni causati direttamente o indirettamente da, che avvengono per o in conseguenza di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (che la guerra sia dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o usurpato o confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o danneggiamento di beni da o per ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale.

NMA0464

01/01/1938

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Chi siamo

Siamo Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Europe") una compagnia assicurativa autorizzata e disciplinata dalla Banca Nazionale del Belgio (NBB) e regolamentata dall'Autorità per i Servizi e i Mercati Finanziari (FSMA). La nostra sede legale è in Place du Champ de Mars 5, Bastion Tower, 14° piano, 1050 Bruxelles, Belgio. Il numero di società/partita IVA è BE 0682.594.839, RPR/RPM Bruxelles. LIC è una società controllata al 100% dalla Society of Lloyd's, 1 Lime Street, Londra, EC3M 3HA, Regno Unito (Society of Lloyd's).

Quali sono i dati personali che trattiamo

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni necessarie che la riguardano per fornirle la copertura assicurativa o la copertura assicurativa di cui è beneficiario, e per rispettare i nostri obblighi legali e gli obblighi degli altri soggetti della catena assicurativa.

Tali informazioni comprendono dettagli quali il suo nome, il suo indirizzo e i suoi recapiti e qualsiasi altra informazione che otteniamo su di lei in relazione alla copertura assicurativa o alla copertura di cui è beneficiario. Tali informazioni potrebbero includere speciali categorie di dati personali come per esempio informazioni sulla sua salute e su possibili condanne penali.

Perché raccogliamo i suoi dati personali e qual è la base giuridica del trattamento

Raccogliamo e utilizziamo i suoi dati personali per fornirle la copertura assicurativa. La base giuridica è costituita dall'adempimento del contratto con Lei in qualità di soggetto interessato e dal soddisfacimento degli obblighi di legge, tra cui gli obblighi assicurativi e fiscali.

Per il trattamento di dati personali sensibili sulla salute, la base giuridica generale è costituita dal consenso, salvo il caso in cui sussista un diritto legale a livello locale come base giuridica.

Ai fini del trattamento dei dati personali dei minori, la base giuridica è il consenso dato o approvato dal titolare della potestà genitoriale sul minore.

Possiamo inoltre trattare i suoi dati personali per la prevenzione e il rilevamento delle frodi, utilizzando come base giuridica l'interesse legittimo.

Con chi condividiamo i suoi dati personali

In base a come funziona l'assicurazione, i suoi dati possono essere condivisi e utilizzati da diverse terze parti del settore assicurativo (all'interno e all'esterno dello Spazio economico europeo - SEE). Ad esempio, assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, autorità di regolamentazione, agenzie di polizia, agenzie di prevenzione e rilevamento di frodi e crimini e banche dati assicurative obbligatorie. Divulgheremo i suoi dati personali esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura in cui ciò sia richiesto o permesso dalla legge.

Occasionalmente potremmo aver necessità di condividere i suoi dati personali con terze parti al di fuori del SEE e adotteremo costantemente misure volte a garantire che qualsiasi trasferimento internazionale di dati sia gestito con la massima diligenza per proteggere i suoi diritti ed interessi:

- Trasferiremo i suoi dati personali solo verso paesi riconosciuti in grado di fornire un livello adeguato di protezione legale o nei quali possiamo essere sicuri che siano in vigore accordi alternativi per proteggere i diritti alla privacy.

- I trasferimenti a fornitori di servizi e ad altre parti terze saranno sempre tutelati da impegni contrattuali e, se opportuno, da ulteriori garanzie.
- Qualsiasi richiesta di informazioni che riceveremo dalle forze dell'ordine o dalle autorità di regolamentazione sarà attentamente verificata prima di divulgare i dati personali.

Durata della conservazione dei dati

Conserviamo i suoi dati personali per un periodo di tempo non superiore a quello strettamente necessario per fornire l'assicurazione stipulata o per adempiere ai nostri requisiti legali o normativi.

Elimineremo o cancelleremo in modo sicuro i dati personali in assenza di un valido motivo commerciale per conservarli. In circostanze eccezionali, potremmo conservare i suoi dati personali per periodi più lunghi qualora ritenessimo che vi sia una possibilità di contenzioso, in caso di reclami o in presenza di un'altra valida ragione commerciale che richieda l'utilizzo dei dati in futuro.

Dati relativi ad altre persone che ci fornite

Qualora lei ci fornisca (o il suo agente o broker assicurativo) i dati di altre persone, deve accertarsi che la presente informativa sulla protezione dei dati sia fornita anche a loro.

Reclami, contatti con noi e con l'ente regolatore e i suoi diritti

Se desidera sapere come utilizziamo i suoi dati o vedere una copia della nostra informativa sulla privacy completa, ci contatti al seguente indirizzo LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com o consulti l'informativa sulla privacy sul sito web <https://www.lloydseurope.com> dove sono disponibili tutti i dettagli.

In relazione alle informazioni che deteniamo su di lei, gode dei seguenti diritti:

Diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto all'obiezione, diritto alla revoca del consenso.

Se desidera esercitare i suoi diritti, può contattare l'agente assicurativo o il broker assicurativo che ha stipulato la sua assicurazione all'indirizzo:

[Inserire il nome, l'indirizzo e-mail e i dati di contatto dell'agente o del broker assicurativo che ha stipulato il contratto].

Ha il diritto di esporre un reclamo all'autorità competente per la protezione dei dati, ma la esortiamo a contattarci prima di agire in tal senso.

Consenso

Per il trattamento di dati personali sulla salute o genetici, e per il trattamento di dati personali di minori di età inferiore ai 16 anni, in relazione alla copertura assicurativa, l'agente assicurativo o il broker assicurativo che ha predisposto il contratto le chiederà il consenso attraverso il modulo di consenso alla protezione dei dati, ad eccezione dei paesi in cui, per il trattamento di dati personali sensibili sulla salute, nel contesto di una polizza assicurativa, è previsto un diritto legale locale in tal senso.

Il trattamento dei dati personali dei minori sarà considerato legittimo laddove il consenso sia dato o autorizzato dal titolare della responsabilità genitoriale sul minore.

Gli Stati membri possono stabilire per legge un'età inferiore per tali finalità, a condizione che questa non sia inferiore a 13 anni.

Lei può liberamente esprimere il suo consenso, tuttavia, se non lo fa o se lo revoca, ciò potrebbe influire sulla nostra capacità di fornire la copertura assicurativa di cui lei beneficia e potrebbe impedirci di fornirle la copertura o di gestire le sue richieste di indennizzo.

Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati

Per qualsiasi domanda relativa alla protezione dei dati, alla quale il candidato ritiene che possiamo rispondere, lo stesso può contattare il nostro Responsabile della protezione dei dati:

Responsabile della protezione dei dati

Lloyd' s Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Place du Champ de Mars 5
1050 Bruxelles
Belgio
Email: LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

LBS0046D
17/03/2023

Clausola di limitazione per sanzioni

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire copertura, a pagare richieste d'indennizzo o ad erogare prestazioni ai sensi del contratto, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o l'erogazione di tale prestazione contrattuale esponga il suddetto (ri)assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

LMA3100A

5 ottobre 2023

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DISGIUNTA

Gli obblighi degli assicuratori sottoscrittenti ai sensi dei contratti d'assicurazione da essi sottoscritti sono disgiunti e non solidali e si limitano esclusivamente all'entità delle loro singole sottoscrizioni. Gli assicuratori sottoscrittenti non sono responsabili della sottoscrizione di qualsivoglia altro coassicuratore sottoscrittente che, per qualunque ragione, non ottemperi ai propri obblighi, in tutto o in parte.

08/94
LSW1001 (Insurance)

NOTA DI RECLAMI - ITALIA

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio Reclami
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86
20121 Milano

Fax: +39 02 6378 8857

E-mail: LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com
PEC: LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com

La relativa decisione in merito sarà fornita per iscritto all'assicurato entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.

Qualora non si sia soddisfatti della risposta finale oppure se non si è ricevuto alcuna risposta finale entro quarantacinque (45) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo, si avrà diritto a inoltrare il reclamo a:

Arbitro Assicurativo (AAS)

Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 40414679 (dall'estero)

Website: www.arbitroassicurativo.org

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
(IVASS)

Via del Quirinale 21 - 00187 Roma

Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 404 14 679 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 206

E-mail: email@ivass.it
PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it

Website: www.ivass.it

Il procedimento per dar seguito al reclamo di cui sopra lascia impregiudicato il diritto di intraprendere un'azione legale o un procedimento alternativo per la risoluzione della controversia, in conformità ai propri diritti contrattuali.

LBS0011F
01/10/2025