

Assicurazione Rc Responsabilità Civile e Professionale
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: MAG S.p.a.
Product: Assicurazione della Responsabilità del Dipendente di Azienda Sanitaria o Sociosanitaria Privata per Colpa Grave
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: V. 1.0
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 20/04/2023
Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

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

Sito web: www.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 (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. I.00151) ed in Libera Prestazione di Servizi (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. II.01526). La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia, con cui sarà concluso il contratto, è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

Sito web: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home

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 l'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 della Repubblica Italiana.



Che cosa è assicurato?

Gli assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa per colpa grave esercitata nei confronti dell'esercente la professione sanitaria operante nell'Azienda Sanitaria Privata ai sensi dell'art. 9 comma 6 della legge 24/2017
- azione di surrogazione ai sensi dell'art. 1916, primo comma codice civile esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria come previsto dall'Art. 9 della Legge 24/2017.
- ai sensi dell'Art. 9 - Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa - della legge 8 marzo 2017, n. 24 (legge Gelli - Bianco) e successive modifiche e integrazioni, nel caso di colpa grave dell'Assicurato per le somme da questi dovute in sede di azione di rivalsa per responsabilità amministrativa esercitata dalla Corte dei Conti, di regresso esperita dalla struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata ove l'Assicurato presta la propria opera, dal loro assicuratore che agisce in sede di surroga ai sensi dell'Art. 1916, 1° comma del Codice Civile. L'Assicurazione si intende prestata senza l'applicazione di Scoperto/Franchigia.

Quanto sopra enunciato resta valido a condizione che, per tali danni, l'Assicurato sia dichiarato responsabile totalmente o parzialmente per colpa grave.

L'assicurazione è riferita a tutte le attività medico-sanitarie demandate all'Assicurato per la mansione professionale svolta per conto della Struttura Sanitaria Privata.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente, fatto salvo il contenuto dell'articolo 7.

La copertura assicurativa è valida in costanza di iscrizione alla FSI-USAE. In particolare, al momento della denuncia di ogni sinistro, per dar corso alla copertura sarà effettuata la verifica della regolare iscrizione alla FSI - USAE dell'assicurato.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

Massimale di Polizza	€ 250.000,00 per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile
-----------------------------	--

La contraente prende atto che nel caso di corresponsabilità di più Assicurati della stessa struttura sanitaria nella determinazione di un medesimo Sinistro, gli Assicuratori per tale Sinistro sono obbligati fino alla concorrenza del massimale indicato di **EUR 7.500.000,00** complessivamente fra tutti gli Assicurati coinvolti nello stesso Sinistro. Nell'eventualità che il risarcimento complessivamente indennizzabile dagli Assicuratori, ai termini del certificato o dei certificati, ecceda **EUR 7.500.000,00** le indennità spettanti a ciascuno degli Assicurati si intenderanno proporzionalmente ridotte in misura uguale fra tutti gli Assicurati coinvolti nello stesso sinistro

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Periodo di postuma decennale se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova	Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per morte, invalidità e/o pensionamento e senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto, è riservata all'Assicurato che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la copertura assicurativa per eventuali azioni nei propri confronti per ulteriori 10 anni . Valgono le modalità previste dall'articolo 1 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ
---	--

<p>compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto</p>	
---	--



Che cosa NON è assicurato?

<p>Rischi esclusi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione; - Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale, la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione dell'Azienda di Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo; - Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura; - I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo; - I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; - Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa; - I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6; - Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato; - I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato; - I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato; - I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione; - I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona; - Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages); - I 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 perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio; - I Danni 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;
------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale; - I Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo a esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche; - I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato; - I Danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente; - I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte; - Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave. - Rischi di contaminazione radioattiva e danni cagionati da impianti nucleari esplosivi. - Rischi guerra e terrorismo. - perdita, il danno, il costo o la spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, derivanti da o in connessione con l'uso effettivo o minacciato di materiali patogeni o velenosi biologici o chimici indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza ad esso relativa. - alcun sinistro in qualsivoglia modo causato o derivante da: <ul style="list-style-type: none"> a. Malattia Coronavirus (COVID-19); b. Sindrome grave acuta respiratoria coronavirus 2 (SARS-CoV-2); c. Qualsiasi mutazione o variazione del SARS-CoV-2; d. Qualsiasi timore o minaccia in relazione ai punti sopra riportati a), b), c). - In deroga a qualsiasi disposizione riportata all'interno del contratto, il contratto esclude qualsiasi perdita derivante dal rischio Cyber.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Si sono presenti i seguenti limiti di copertura:

Massimali

La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il Sinistro in Serie e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di risarcimento e delle persone danneggiate

Coesistenza di altre assicurazioni

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile 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.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, che coprano le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti.

Diritto di surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Spese legali e gestione delle vertenze

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti al Giudice Ordinario per colpa grave a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro per colpa grave.

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

Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico della struttura sanitaria o sociosanitaria di appartenenza, esclusi San Marino, la Città del Vaticano, gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, salvo che mediante deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro:</p> <p>E' fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.</p> <p>La notifica di una "Circostanza di sinistro" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.</p> <p>L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.</p> <p>Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.</p> <p>Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a una relazione confidenziale sui fatti.</p> <p>Assistenza diretta / in convenzione: Non prevista</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Non prevista</p> <p>Prescrizione: diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Espletata l'attività istruttoria necessaria alla verifica della copertura di polizza e alla quantificazione del danno, l'indennizzo e/o il risarcimento, se dovuto, avverrà all'esito del compimento dell'ultimo atto istruttorio necessario.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di trenta giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato entro il termine di mora di 30 giorni, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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 (termine di mora).
Sospensione	Se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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 (termine di mora).



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Il contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga. Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al trentesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere dal contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto al personale non medico dipendente a qualsiasi titolo inquadrato e nelle Aziende Sanitarie o Sociosanitarie Private iscritti della FSI-USAE che risultino a libro soci



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 15,00%.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>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</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) giorni 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:</p> <p>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</p> <p>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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.