

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
Contratto di Assicurazione Ramo Elementare
POLIZZA BASE RC PROFESSIONALE COLPA
GRAVE DIPENDENTI SSN/AZIENDE PRIVATE
CISL FP

Set informativo
Edizione 07/2024

Assicurazione Rc Professionale del Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per Colpa Grave – non medici

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo del Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per Colpa Grave – non medici

Documento predisposto a cura di MAG SPA registrato in Italia. MAG SPA è autorizzato da IVASS. Numero di registrazione: B000400942

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.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi a seguito di inadempienza dei doveri professionali nello svolgimento dell'Attività Professionale assicurata.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato qualora sia dichiarato responsabile totalmente o parzialmente per colpa grave in caso di:
- ✓ azione di rivalsa esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- ✓ azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.
- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 30 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà essere loro denunciato.
- ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al DIP Aggiuntivo.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso
- ✗ Le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori
- ✗ I sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura
- ✗ Sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento: (i) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo; (ii) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; (iii) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa.
- ✗ In deroga a qualsiasi disposizione riportata all'interno del contratto, il contratto esclude qualsiasi perdita derivante dal rischio Cyber.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al al Dip Aggiuntivo.



Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

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

- ! I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali;
- ! I Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, esclusivamente per gli interventi chirurgici;
- ! 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;
- ! 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.

Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi San Marino, la Città del Vaticano, gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.



Che obblighi ho?

- 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. Nel corso del contratto l'Assicurato e/o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al Coverholder o all'intermediario specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è definito dalla normativa vigente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio di ogni anno nel caso in cui l'adesione alla convenzione e il pagamento pervengano entro le ore 24,00 del 31 marzo di ogni anno. In caso di adesione successiva al 31 marzo, l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24,00 del giorno del pagamento del premio di polizza



Come posso disdire la polizza?

Non essendo prevista la possibilità di rinnovare tacitamente la polizza, il contratto cessa alla sua naturale scadenza indicata nel modulo del certificato di polizza.

Assicurazione Rc Professionale del Dipendente di Azienda Sanitaria Privata Colpa Grave – non medici

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo del Dipendente di Azienda Sanitaria Privata Colpa Grave – non medici

Documento predisposto a cura di MAG SPA registrato in Italia. MAG SPA è autorizzato da IVASS. Numero di registrazione: B000400942
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.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi a seguito di inadempienza dei doveri professionali nello svolgimento dell'Attività Professionale assicurata.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato qualora sia dichiarato responsabile totalmente o parzialmente per colpa grave in 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.
- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 30 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato.
- ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al DIP Aggiuntivo.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).



Che cosa non è assicurato?

- * I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso
- * Le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori
- * I sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura
- * Sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento: (i) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo; (ii) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso; (iii) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa.
- * In deroga a qualsiasi disposizione riportata all'interno del contratto, il contratto esclude qualsiasi perdita derivante dal rischio Cyber.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al al Dip Aggiuntivo.



Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

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

- ! I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali;
- ! I Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, esclusivamente per gli interventi chirurgici;
- ! 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;

- ! 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 verificano 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.

Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al DIP Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi San Marino, la Città del Vaticano, gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.



Che obblighi ho?

- 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. Nel corso del contratto l'Assicurato e/o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al Coverholder o all'intermediario specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è definito dalla normativa vigente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le parti convengono che per adesioni effettuate dagli associati entro le ore 24 del 31 marzo, la data di decorrenza della copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio.

Per le adesioni relative ai nuovi tesserati si segnala che tutti i sinistri, le circostanze pregresse e note all'assicurato sono escluse dalla copertura.

Per le adesioni successive al 31 marzo, la decorrenza dell'assicurazione avrà effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio, per tutti gli aderenti che risultano già iscritti al sindacato.

Per le adesioni relative ai nuovi tesserati la decorrenza della copertura assicurativa avrà effetto dal giorno di attivazione della copertura.



Come posso disdire la polizza?

Non essendo prevista la possibilità di rinnovare tacitamente la polizza, il contratto cessa alla sua naturale scadenza indicata nel modulo del certificato di polizza.

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 del Servizio Sanitario Nazionale per Colpa Grave
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: V. 1.0
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 29.12.2023
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@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 2022, 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 295 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 618 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 209%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 74 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 470 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2022 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 esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

Massimale di Polizza	<p>Il limite indicato nella scheda di copertura per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile</p> <p>L'Assicurato prende atto che nel caso di corresponsabilità di più Assicurati dell' 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.</p> <p>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</p>
-----------------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>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 compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto</p>	<p>Premio aggiuntivo equivalente al 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, esercitabile entro 30 giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.</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; - 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;
------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - 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?

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 dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi San Marino, la Citta 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 delibazione 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: E' fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza. 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. L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato. Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori. Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre 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 ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.</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 trentesimo 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	Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione e' quello previsto in polizza e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.
Sospensione	NA



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. 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.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche o giuridiche Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per Colpa Grave e residenti in Italia.



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	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano
----------------------------------	---

	<p>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>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).</p>	
Mediazione	<p>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)</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	<p>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.</p>

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 Privata per Colpa Grave
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: V. 1.0
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 31/12/2023
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@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 2022, 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 295 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 618 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 209%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 74 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 470 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2022 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.

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.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

<p>Massimale di Polizza</p>	<p>Il limite indicato nella scheda di polizza per Sinistro e in aggregato, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile</p> <p>L'Assicurato 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.</p> <p>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</p>
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p>	
<p>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 compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto</p>	<p>Premio aggiuntivo equivalente al 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, esercitabile entro 30 giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.</p>

--	--



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- 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;
- 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

	<p>attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, né 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 istruttoria necessario.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
----------------------	--

Rimborso	Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al trentesimo 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	La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sulla scheda di copertura a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza)
Sospensione	NA



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 a persone fisiche o giuridiche Dipendente di Azienda Sanitaria o Sociosanitaria Privata per Colpa Grave e residenti in Italia.



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	I reclami vanno presentati per iscritto a: 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	<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.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DI AZIENDA SANITARIA PRIVATA PER COLPA GRAVE

La presente Polizza è prestata nella forma "claims made" e quindi la Polizza copre i Sinistri notificati all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono a interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Contraente	CISL Funzione Pubblica
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S.A.
Assicurato	Tutto il Personale dipendente a qualsiasi titolo inquadrato e nelle Aziende Sanitarie o Sociosanitarie Private
Coverholder	Il soggetto che emette e amministra il contratto assicurativo. Il Coverholder opera in qualità di agente della Lloyd's Insurance Company S.A. ai sensi del Contratto di nomina Coverholder, secondo il riferimento unico di mercato indicato nel presente Certificato.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare 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
Periodo di Assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di polizza emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.
Circostanza di Sinistro	La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria Privata di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di queste ultime informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità o di rivalsa per colpa grave;

la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria privata di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità o di rivalsa per colpa grave.

Richiesta di risarcimento

La domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.

Sinistro

La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Polizza

Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione

Certificato e/o Scheda di polizza e Scheda di Copertura

I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo

Sinistro in Serie

Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro

Struttura Sanitaria Privata

L'Azienda Sanitaria, Sociosanitaria o l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di natura privata.

Articolo 1.1

FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMSMADE»)-RETROATTIVITA

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta: 10 anni dalla data di effetto della presente Polizza.

Articolo 1.2

CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE

La presente Polizza viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati in favore dei propri iscritti (non medici) operanti nel sistema sanitario i quali aderiranno tramite la sottoscrizione della scheda di polizza di Adesione e, se non richiesta, tramite comunicazione scritta al Coverholder ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Articolo 2**MASSIMALI DI GARANZIA**

€ 250.000,00 per Sinistro e per periodo assicurativo, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

In caso di corresponsabilità si applica quanto sotto previsto:

L'Assicurato 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.

Articolo 3**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

A fronte del pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e 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.

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 CISL FP. In particolare, al momento della denuncia di ogni sinistro, per dar corso alla copertura sarà effettuata la verifica della regolare iscrizione alla CISL FP dell'assicurato.

Articolo 4**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, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Le circostanze di sinistro non comportano l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 16 della presente polizza.

Articolo 5**NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"**

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria Privata.

Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia, anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 6	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.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività svolte dall'Assicurato al momento di attivazione della copertura assicurativa, nonché a quelle analoghe precedentemente o successivamente ricoperte presso altre Aziende Sanitarie Private, purché legittimamente esercitate e se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente di strutture private.

Articolo 8	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

- 8.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono esclusi:
- a. 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;
 - b. 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 della Struttura Sanitaria Privata 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;
 - c. 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 Copertura.
- 8.2 Sono parimenti esclusi:
- a) I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
 - b) I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
 - c) 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;
 - d) 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;
 - e) Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
 - f) I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
 - g) I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
 - h) I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
 - i) I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;

- j) 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);
- k) 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;
- l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) 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;
- n) 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;
- o) I danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) 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;
- q) I danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- r) 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;
- s) 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.

Articolo 9**RESPONSABILITÀ SOLIDALE**

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

Articolo 10**ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE**

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per morte, invalidità e/o pensionamento senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto, è riservata all'Assicurato 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

Articolo 11**VARIAZIONI DEL RISCHIO**

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

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Articolo 12**PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di 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).

Articolo 12.1 CLAUSOLA DI ADESIONE

Le parti convengono che per adesioni effettuate dagli associati entro le ore 24 del 31 marzo, la data di decorrenza della copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio.

Per le adesioni relative ai nuovi tesserati si segnala che tutti i sinistri, le circostanze pregresse e note all'assicurato sono escluse dalla copertura.

Per le adesioni successive al 31 marzo, la decorrenza dell'assicurazione avrà effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio, per tutti gli aderenti che risultano già iscritti al sindacato.

Per le adesioni relative ai nuovi tesserati la decorrenza della copertura assicurativa avrà effetto dal giorno di attivazione della copertura.

Articolo 12.2 CLAUSOLA DI REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria per adesioni pari a 60.000 (Vedasi Scheda di copertura) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo. A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione verrà verificato dalla Società il totale delle adesioni attivate, necessarie per il conteggio del premio consuntivo. Le differenze attive risultanti dalla regolazione dovranno essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Articolo 13**ONERI FISCALI**

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

Articolo 14**RISOLUZIONE ANNUALE**

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Articolo 15**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.

Articolo 16**OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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.

Si precisa tuttavia che la "Circostanza di sinistro" non comporterà l'obbligo degli Assicuratori di nominare/ approvare legali e/o periti fino a quando una "Richiesta di risarcimento" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo. L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.

La denuncia va fatta a Mag SpA Via Delle tre Madonne, 12, Roma e deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 17**RECESSO INCASO DI SINISTRO**

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 60 giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 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.

Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 10 – Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione.

Articolo 18**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.

Articolo 19**FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO**

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 20**CLAUSOLA COMUNICAZIONI**

Gli Assicuratori conferiscono mandato al Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di Assicurazione. Pertanto:

- a. Ogni comunicazione effettuata al Coverholder, si considererà come effettuata agli Assicuratori.
- b. Ogni comunicazione effettuata dal Coverholder, si considererà come effettuata dagli Assicuratori. Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006 e ss. mm. e ii., il Coverholder è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Coverholder, come previsto al precedente articolo 5.

Articolo 21**NORME DILEGGE**

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

Articolo 22**PREMIO**

Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello previsto in polizza e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.

La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sul Modulo di polizza a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza).

Articolo 23**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione (qualora necessario) l'Assicurato dichiara:

di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nella scheda di copertura, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;

1. di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria Privata di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione;
2. di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di fatti o circostanze cdi sinistro che potrebbero determinare o che abbiano determinato Richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso.

Articolo 24**RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/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).

Articolo 25**CLAUSOLA SERVIZIO CLIENTI**

Si precisa che l'ufficio Servizio Clienti CISL è ubicato presso:

MAG SpA,
Vie delle Tre Madonne, n. 12.
Roma
Tel. 06 85 30 65 40.
E-mail assicurazionicislfp@magitaliagroup.com

.....
Data

.....
Il Contraente /Assicurato

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE

La presente Polizza/Convenzione è prestata nella forma "claims made" e quindi la Polizza copre i Sinistri notificati all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura

DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono a interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Contraente	CISL Funzione Pubblica
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S:A:
Assicurato	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi i danni a essi consequenziali
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare 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
Periodo di Assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Polizza

Circostanza di Sinistro	<p>la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o la loro impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità o di rivalsa per colpa grave;</p> <p>La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica o la loro impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità o di rivalsa per colpa grave.</p>
Richiesta di risarcimento	<p>L'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione. La domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.</p>
Sinistro	<p>La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del periodo di Assicurazione</p>
Polizza	<p>Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione</p>
Certificato e/o Scheda di Copertura	<p>I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo</p>
Sinistro in Serie	<p>Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro</p>

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE»)- RETROATTIVITA
---------------------	--

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta: 10 anni dalla data di effetto della presente Polizza/Convenzione.

Articolo 1.2	CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE
---------------------	------------------------------------

La presente Polizza/Convenzione viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile in favore dei propri iscritti (non medici) operanti nel sistema sanitario i quali aderiranno e con espresso consenso degli stessi, che formalmente si manifesta attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione e se non richiesta tramite comunicazione scritta al Coverholder ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Articolo 2**MASSIMALI DIGARANZIA**

€ 250.000,00 per Sinistro e per periodo assicurativo, più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' articolo 1917 Codice Civile.

In caso di corresponsabilità si applica quanto sotto previsto:

L'Assicurato prende atto che nel caso di corresponsabilità di più Assicurati i 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

Articolo 3**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e 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 esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

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

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

Articolo 4**SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE**

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti o 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, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Articolo 5**NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"**

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 6	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 dell'Ente Ospedaliero 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 delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato italiano.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività esercitate al momento della attivazione della copertura e a quelle analoghe precedentemente o successivamente svolte presso altre Aziende Sanitarie del SSN purché legittimamente esercitate e se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso. L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 8	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono esclusi:

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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.
- d. Sono parimenti esclusi:
 - a) I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
 - b) I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
 - c) 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;
 - d) 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;
 - e) Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
 - f) I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
 - g) I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
 - h) I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
 - i) I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
 - j) 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);
 - k) 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;
 - l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

- m) 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;
- n) 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 impreveduto, improvviso e accidentale;
- o) 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;
- p) 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;
- q) I danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- r) 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;
- s) 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.

Articolo 9**RESPONSABILITÀ SOLIDALE**

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

Articolo 10**ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE**

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

Articolo 11**VARIAZIONI DEL RISCHIO**

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

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Articolo 12**PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di 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 dimora).

Articolo 12.1 CLAUSOLA DI ADESIONE

Le parti convengono che per adesioni effettuate dagli associati entro le ore 24 del 31 marzo, la data di decorrenza della copertura assicurativa avrà effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio.

Per le adesioni relative ai nuovi tesserati si segnala che tutti i sinistri, le circostanze pregresse e note all'assicurato sono escluse dalla copertura.

Per le adesioni successive al 31 marzo, la decorrenza dell'assicurazione avrà effetto dalle ore 00,00 del 01 gennaio, per tutti gli aderenti che risultano già iscritti al sindacato.

Per le adesioni relative ai nuovi tesserati la decorrenza della copertura assicurativa avrà effetto dal giorno di attivazione della copertura.

Articolo 12.2 CLAUSOLA DI REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria per adesioni pari a 60.000 (Vedasi Scheda di copertura) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo. A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione verrà verificato dalla Società il totale delle adesioni attivate, necessarie per il conteggio del premio consuntivo. Le differenze attive risultanti dalla regolazione dovranno essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Articolo 13	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

Articolo 14	RISOLUZIONE ANNUALE
--------------------	----------------------------

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

ARTICOLO 15	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.

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	---

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.

La denuncia va fatta a Mag SpA, Via delle Tre Madonne, 12, Roma e deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	------------------------------------

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 sessanta giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 10 – Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione.

Articolo 18**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.

Articolo 19**FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO**

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 20**CLAUSOLA COMUNICAZIONI**

Gli Assicuratori conferiscono mandato al Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di Assicurazione. Pertanto:

- c. Ogni comunicazione effettuata al Coverholder, si considererà come effettuata agli Assicuratori.
- d. Ogni comunicazione effettuata dal Coverholder, si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006 e ss. mm. e ii., il Coverholder è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Coverholder, come previsto al precedente articolo 5.

Articolo 21**NORME DILEGGE**

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

Articolo 22**PREMIO**

Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello previsto in polizza e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.

La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sul Modulo di polizza a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza)

Articolo 23**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione (qualora necessario) l'Assicurato dichiara:

di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;

che in forza del C.C.N.L. di lavoro vigente o in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la Struttura Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;

di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da

tale assicurazione e/o dai fondi regionali;
di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di fatti o circostanze che possano determinare o che abbiano determinato Richieste di risarcimento in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso.

Articolo 24	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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 25	CLAUSOLA SERVIZIO CLIENTI CISL
--------------------	---------------------------------------

Si precisa che l'ufficio Servizio Clienti CISL è ubicato presso:

MAG SpA,
Vie delle Tre Madonne, n. 12.
Roma
Tel. 06 85 30 65 40.
E-mail assicurazionicislfp@magitaliagroup.com

.....
Data

.....
Il Contraente /Assicurato

L'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Polizza e, agli effetti dell'articolo 1341 e 1342 Codice Civile, dichiara:

- 1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di risarcimento 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 della Polizza:

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ
Articolo 8	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made -8.1</i>)
Articolo 14	RISOLUZIONE ANNUALE
Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (<i>esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione</i>)
Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Articolo 20	CLAUSOLA COMUNICAZIONI
Articolo 23	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
Articolo 24	RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

.....
Data

.....
Il Contraente / Assicurato

--	--

CONDIZIONI AGGIUNTIVE**A. ESCLUSIONE DEI RISCHI DI CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA E DEI DANNI CAGIONATI DA IMPIANTI NUCLEARI ESPLOSIVI - NMA 1622**

La presente assicurazione non copre:

- (a) perdita o distruzione o danno di qualunque bene ovvero perdita o spesa di qualsiasi natura, derivante o cagionata da quanto sopra, ovvero qualsiasi perdita consequenziale;
- (b) ogni responsabilità civile di qualsiasi natura;

il tutto direttamente o indirettamente, in tutto o in parte, cagionato o derivante da:

- (i) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva da qualunque combustibile nucleare o da qualunque scoria nucleare prodotta dalla combustione di combustibile nucleare;
- (ii) caratteristiche radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose, di qualunque impianto nucleare esplosivo o di suoi componenti nucleari.

Radioactive Contamination and Explosive Nuclear Assemblies Exclusion Clause –
NMA 1622

B) CLAUSOLA DI ESCLUSIONE RISCHI GUERRA E TERRORISMO (NMA2918)

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2. Nel caso in cui gli Assicuratori eccepiscano l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Assicuratori graverà sull'Assicurato. Qualora parte del contenuto della presente clausola venisse dichiarato nullo o inefficace da parte di organi giudiziari o amministrativi competenti, tale nullità o inefficacia non pregiudicherà la validità del resto della clausola.

C) CLAUSOLA SOSPENSIVA DELLE SANZIONI

È una condizione di questa (ri)assicurazione, e il (ri)assicurato accetta, che la fornitura di qualsiasi copertura, il pagamento di qualsiasi sinistro e la fornitura di qualsiasi prestazione ai sensi del presente contratto siano sospesi, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale prestazione da parte del (ri)assicuratore esporrebbe tale (ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi di qualsiasi:

a) risoluzioni delle Nazioni Unite; o

B. sanzioni, leggi o regolamenti commerciali o economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Tale sospensione continuerà fino al momento in cui il (ri)assicuratore non sarà più esposto a tali sanzioni, divieti o restrizioni.

LMA3200

D) CLAUSOLA DI ESCLUSIONE ASSOLUTA RISCHIO CYBER

a. In deroga a qualsiasi disposizione riportata all'interno del presente contratto, questo contratto esclude qualsiasi perdita derivante dal rischio Cyber.

b. Il rischio Cyber indica qualsiasi perdita, danno, responsabilità, spesa, multe o sanzioni o qualsiasi altro importo direttamente o indirettamente causato da:

- 2.1 l'uso o il funzionamento di qualsiasi Sistema informatico o Rete informatica;
- 2.2 la riduzione o la perdita della capacità di utilizzare o far funzionare qualsiasi Sistema informatico, Rete informatica o dati/informazioni;
- 2.3 accesso, elaborazione, trasmissione, archiviazione o utilizzo di qualsiasi dato/informazione;
- 2.4 incapacità di accedere, elaborare, trasmettere, archiviare o utilizzare qualsiasi dato/informazione;
- 2.5 qualsiasi minaccia o frode relativa ai precedenti punti da 2.1 a 2.4
- 2.6 qualsiasi errore, omissione o incidente in relazione a qualsiasi Sistema informatico, Rete informatica o dati/informazioni;

c. Con Sistema informatico s'intende qualsiasi computer, hardware, software, applicazione, processo, codice, programma, tecnologia informatica, sistema di comunicazione o dispositivo elettronico di proprietà o gestito dall'assicurato o da qualsiasi altra parte. Ciò include qualsiasi sistema simile e qualsiasi dispositivo o sistema di archiviazione, output o archiviazione dati, apparecchiature di rete o struttura di backup associati.

d. Con Rete informatica s'intende un gruppo di sistemi informatici e altri dispositivi elettronici o strutture di rete collegati tramite una forma di tecnologia di comunicazione, compresi Internet, Intranet e reti private virtuali (VPN), che consentono ai dispositivi informatici collegati in rete di scambiare dati.

e. Con Dati/informazioni s'intendono le informazioni utilizzate, accessibili, elaborate, trasmesse o archiviate da un sistema informatico.

f. Quando la presente clausola fa parte di un contratto di riassicurazione, la Denominazione di Assicurato deve essere modificata in Assicurato Originale;

E) ESCLUSIONE DI MATERIALI BIOLOGICI O CHIMICI (NMA2962)

Si conviene che questa Assicurazione esclude la 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.

F) CLAUSOLA LMA5391 CORONAVIRUS EXCLUSION (Esclusione Coronavirus)

La polizza non copre alcun sinistro in qualsiasi modo causato o derivante da:

- 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).

La copertura NON è quindi operante a seguito di infortunio dovuto a e/o in relazione al coronavirus Covid-19.

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 polizza, 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 NOTIFICA DI ATTI E GIURISDIZIONE

Si conviene che la presente Assicurazione sarà regolata esclusivamente dal diritto e dagli usi in Italia e le eventuali controversie insorte da, o in relazione a, la presente Assicurazione saranno soggette alla giurisdizione esclusiva di un tribunale competente in Italia.

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a carico della stessa in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

Rappresentante per l'Italia Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86
Milano 20121 Italia

il quale è a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della società.

Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

La presente Clausola di notifica di atti e giurisdizione non sarà interpretata come previsione che sia in conflitto con o annulli gli obblighi delle parti in merito alla risoluzione delle proprie controversie con le modalità di cui a qualsivoglia altra clausola della presente Polizza e, nella misura richiesta, sarà applicabile al fine di dare attuazione a tale processo.

LBS0006A01/12/2019