

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO**, contenente:

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

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA
NOTA
INFORMATIVA**

NOTA INFORMATIVA

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono alcuni membri dei Lloyd's che aderiscono ai Sindacati identificati nella Scheda di Polizza (e ogni altro assicuratore identificato nella Scheda di Polizza)

La responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quello degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore. Ogni membro assume una quota di responsabilità dell'entità complessiva che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo l'entità complessiva la somma delle quote di responsabilità assunte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la sua quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

La quota di responsabilità assunta da un Assicuratore (o, in caso di un Sindacato, l'ammontare totale delle quote di tutti gli Assicuratori membri del Sindacato considerati globalmente) è specificata nel contratto e, in mancanza, può essere accertata mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana dei Lloyd's sotto indicata. Parimenti,

mediante richiesta scritta inviata alla medesima sede secondaria è possibile accertare i nomi di ciascuno degli Assicuratori del Sindacato e le rispettive quote di responsabilità.

- b. Lloyd's ha la sua sede legale in Londra (EC3M 7HA), One Lime Street, Inghilterra, che è anche il domicilio di ciascun membro dei Lloyd's..
- c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86.
- d. Il recapito telefonico, l'indirizzo e-mail e il sito internet dei Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@loyds.com e www.loyds.com.
- e. I membri di Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n°.I.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito, è soggetta al controllo della Prudential Regulation Authority, con sede in 20 Moorgate, London, EC2R 6DA.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 47 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2013* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 24.463 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 18.106 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 4.362 milioni e da riserve centrali di EUR 1.996 milioni.

Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni. L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2013 era il 9285%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 3.788 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 41 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 62 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2013*.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2013:
<http://www.loyds.com/loyds/investor-relations/financial-performance/financial-results/2013-annual-report>

** Tasso di cambio al 31.12.2013: EUR 1,00 = GBP 0,8333 (fonte: London Financial Times).

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

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

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

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

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds> **(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).**

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

2. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

- Gli assicuratori si obbligano a tenere indenne l'assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per propria colpa, errore od omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio.
- La copertura assicurativa comprende ogni somma che l'assicurato sia tenuto a pagare ai sensi di legge per infortuni subiti dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio di cui sopra.
- Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto degli articoli 5 e 9 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

AVVERTENZA: LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:

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 ed indicata nella scheda di copertura.

Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento riconducibili a comportamenti dolosi o ad attività abusive. Altre cause di esclusione sono elencate all'articolo 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

CONDIZIONI DI SOSPENSIONE DELLA GARANZIA CHE POSSANO DAR LUOGO ALLA RIDUZIONE O AL MANCATO PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO:

Il mancato pagamento del premio sospende la copertura assicurativa.

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

AVVERTENZA: FRANCHIGIA: costituisce la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Se prevista, la franchigia viene evidenziata nella scheda di copertura.

Esemplificazione numerica del funzionamento della FRANCHIGIA

L'assicurato viene condannato a risarcire ad un cliente EUR 15.000. Il contratto di assicurazione prevede – in questo esempio – una franchigia per sinistro di EUR 1.000. L'assicurazione paga all'assicurato la differenza tra la somma che questo è tenuto a risarcire al cliente (EUR 15.000) e la franchigia (EUR 1.000). Questa parte di danno rimane pertanto a carico dell'assicurato.

AVVERTENZA: MASSIMALE: rappresenta la somma totale che gli Assicuratori mettono a disposizione dei danneggiati per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri relativi a uno stesso Periodo di Assicurazione.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 5 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

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

AVVERTENZA: dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio possono comportare la perdita parziale o totale del diritto al risarcimento.

Per maggiori dettagli circa le conseguenze di quanto sopra si rimanda al contenuto dell'articolo 2 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

4. Aggravamento e diminuzione del rischio

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

5. Premi

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

6. Rivalse

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

7. Diritto di recesso

AVVERTENZA: il contratto di assicurazione prevede due ipotesi nelle quali le parti possono esercitare il diritto di recesso:

1. in caso di sinistro
2. prima di ogni scadenza annuale laddove il contratto sia stato concluso con la previsione del rinnovo automatico.

Per maggiori dettagli circa i termini e le modalita' di esercizio del diritto di recesso si rimanda al contenuto degli articoli 16 e 19 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

9. Legge applicabile al contratto

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

10. Regime fiscale

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

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

12. Reclami

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

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

- Ufficio Italiano dei Lloyd's

All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"

Corso Garibaldi, 86

20121 Milano

Fax n. 02 63788850

E-mail servizioclienti@lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

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

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

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

Il Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
Nicoletta Andreotti



GLOSSARIO

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

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

Assicuratori: alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Loss Adjuster il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.

Massimale la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

Modulo: il documento, annesso al Certificato per farne parte integrante, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo.

Periodo di Assicurazione Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

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

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Richiesta di risarcimento quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato :

i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;

ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;

iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

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

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

Sinistro la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del M E D I C O

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

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara :

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

Articolo 3 DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questo Certificato e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Corrispondente dei Lloyd's	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.

Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
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 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 le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Richiesta di risarcimento	quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato : <ul style="list-style-type: none"> iv. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; v. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; vi. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
Sinistro	la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.
Certificato	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

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

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire 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 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18).

Se la Scheda di Copertura non stabilisce diversamente, la data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del primo Periodo di Assicurazione, retrodatati di 2 (due) anni.

Articolo 5 **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "claims made" enunciata all'articolo precedente :

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli Assicuratori rispondono :

- a) dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- b) dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi;
- c) le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

5.2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare :

- a) agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
- b) all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Articolo 6

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

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

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per la difesa dell'Assicurato, purché questi venga prosciolto o assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

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.

Articolo 7

NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. 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 8

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, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei 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, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 9

PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci 9.1 e 9.2 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- 9.1** L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- 9.2** L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate

o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

9.3 L'assicurazione comprende in ogni caso :

- I) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 20;
- II) i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
- III) i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- IV) le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di € 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione;
- V) la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;
- VI) la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
- VII) la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino.

Articolo 10 **ESCLUSIONI**

10.1 - Premesso che questa è un'**assicurazione nella forma "claims made"**, quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi :

- a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- b. 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;
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

10.2 - Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento :

- a) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

- b)** riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c)** 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;
- d)** in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- e)** per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- f)** per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g)** basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h)** derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i)** derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- j)** 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)** relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l)** relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m)** 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)** conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- o)** che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo quanto previsto alla voce h) dell'articolo 9.1;
- p)** 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)** derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- r)** che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

Articolo 11

RESPONSABILITÀ SOLIDALE

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

Articolo 12

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

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo. Inoltre, con effetto dalla stessa data di scadenza, alle stesse condizioni e per la durata di 2 (due) anni, senza nessun premio aggiuntivo, entra automaticamente in vigore l'estensione alla copertura di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante l'ultimo Periodo di Assicurazione, purché le conseguenti richieste di risarcimento siano fatte per la prima volta contro l'Assicurato e da lui debitamente denunciate agli Assicuratori nel corso di tale durata di due anni. Gli Assicuratori risponderanno fino a concorrenza del Massimale convenuto, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti all'intera durata di due anni, terminati i quali l'assicurazione cessa definitivamente.

Qualora il Periodo di Assicurazione in corso sia superiore a 12 mesi, la suddetta durata di due anni è automaticamente ridotta, di modo che sommando la durata dell'ultimo Periodo di Assicurazione a quella dell'estensione suddetta si abbia come risultato 36 mesi complessivamente.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano gli articoli 10.1 e 18).*

Nelle circostanze precisate al primo comma di questo articolo, l'Assicurato può richiedere che l'estensione sopra prevista sia riferita anche alla copertura di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data d'inizio dell'ultimo Periodo di Assicurazione. In tal caso, se l'Assicurato non ha mai subito sinistri, gli Assicuratori avranno l'obbligo di prestare tale copertura a condizioni e premio da concordare in base a informazioni aggiornate che l'Assicurato sarà tenuto a fornire. Se l'Assicurato ha subito sinistri, gli Assicuratori non avranno tale obbligo.

In caso di cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere sopraggiunte durante il Periodo di Assicurazione in corso, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo, a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili, e anche l'estensione contemplata in questo articolo si trasferisce a loro favore.

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

Articolo 13

VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

Articolo 14 **PAGAMENTO DEL PREMIO**

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

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

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

Articolo 15 **ONERI FISCALI**

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

Articolo 16 **MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE**

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

CLAUSOLA DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

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

La proroga è però condizionata al ricorrere delle seguenti circostanze essenziali :

1. che alla predetta data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori, oppure di fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti in questa assicurazione;
2. che l'attività professionale dichiarata nella Proposta allegata a questo Certificato non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

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

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

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

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

Articolo 17**COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI**

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 18**OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Corrispondente dei Lloyd's.

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 ad una relazione confidenziale sui fatti.

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

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 19 FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 20 **SURROGAZIONE**

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro 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 21 **FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO**

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

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia

Articolo 22 **CLAUSOLA BROKER/AGENTE**

Con la sottoscrizione del presente Certificato l'Assicurato conferisce al Broker o Agente di Assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

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

- a. Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker o Agente di Assicurazioni al Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- c. Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dagli Assicuratori;
- d. Ogni comunicazione fatta al Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta agli Assicuratori.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 18 che resta invariato e confermato.

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

Articolo 23 **NORME DI LEGGE**

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

Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI
(La presente Clausola è valida solo se dichiarata operante nella Scheda di Copertura)

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "interventi invasivi", intendendosi per tali :

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

L'ASSICURATO

IL CORRISPONDENTE DEI LLOYD'S

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara :

- 1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire 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 di questo Certificato :

- | | |
|-------------|---|
| Articolo 1 | Dichiarazioni dell'Assicurato |
| Articolo 4 | Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività) |
| Articolo 10 | Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1) |
| Articolo 16 | Modalità della proroga automatica dell'assicurazione |
| Articolo 17 | Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Articolo 18 | Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro |
| Articolo 19 | Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Articolo 22 | Clausola Broker/Agente |
| | Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI |

L'ASSICURATO

Responsabilita' Civile del Medico – Laureato in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Biologia

Modulo di proposta

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

AVVISO IMPORTANTE

“Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave” (Art 1892 comma 1 Codice Civile)

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

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

(3) La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma “claims made”.

01. DATI DEL PROPONENTE

(a) Nome e cognome del proponente

(b) Indirizzo e codice fiscale:

(c) Fatturato ultimo anno fiscale completo:

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

In caso affermativo, precisare:

(a) Impresa assicuratrice

(b) Periodo di polizza

(c) Massimale di polizza

(d) Premio ultima annualita'

Indicare se al proponente e' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo - In caso affermativo si prega di fornire dettagli

Si No

03. CONDIZIONI DI POLIZZA: indicare quali - fra le opzioni seguenti - il proponente desidera inserire in polizza -

(a) **MASSIMALE DI RISARCIMENTO**

Per massimale si intende la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

EUR 250,000 EUR 750,000 EUR 1,500,000 EUR 2,500,000
EUR 500,000 EUR 1,000,000 EUR 2,000,000 EUR 5,000,000

(b) **PERIODO DI RETROATTIVITA':** indicare il periodo di retroattività richiesto - *Retroactive date: please state the requested retroactive period:*

(c) **ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE** – indicare se il proponente richiede/accetti l'esclusione dalla copertura di polizza delle richieste di risarcimento originate da PROCEDURE INVASIVE come definite nel testo di polizza:

ESCLUSIONE RICHIESTA ESCLUSIONE NON RICHIESTA

(d) **FRANCHIGIA:**

EUR 0 EUR 1,500 EUR 2,500 EUR 5,000
 EUR 7,500 EUR 10,000 EUR 15,000 EUR 20,000 EUR ____

04. SPECIALIZZAZIONI: indicare tutte le specializzazioni conseguite dal proponente e gli effettivi rami di attività:

Area Medica		Area Chirurgica		Area Servizi Clinici	
Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/>	Andrologia	<input type="checkbox"/>	Anatomia patologica	<input type="checkbox"/>
Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/>	Angiologia	<input type="checkbox"/>	Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/>
Ematologia	<input type="checkbox"/>	Cardiochirurgia	<input type="checkbox"/>	Audiologia e foniatría	<input type="checkbox"/>
Endocrinologia e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/>	Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/>
Epatologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia apparato digerente	<input type="checkbox"/>	Farmacologia	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Genetica Medica	<input type="checkbox"/>
Geriatría	<input type="checkbox"/>	Chirurgia generale	<input type="checkbox"/>	Igiene e medicina	<input type="checkbox"/>
Immunologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia maxillo facciale	<input type="checkbox"/>	Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Chirurgia pediatrica	<input type="checkbox"/>	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria	<input type="checkbox"/>
Medicina di base	<input type="checkbox"/>	Chirurgia plastica e ricostruttiva	<input type="checkbox"/>	Medicina legale	<input type="checkbox"/>
Medico d'urgenza	<input type="checkbox"/>	Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/>	Medicina nucleare	<input type="checkbox"/>
Medicina di comunita'	<input type="checkbox"/>	Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/>	Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>
Medicina generale	<input type="checkbox"/>	Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/>	Patologia clinica	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>
Medicina interna	<input type="checkbox"/>	Ginecologia e Ostetricia senza assistenza al parto	<input type="checkbox"/>	Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Medicina dello sport	<input type="checkbox"/>	Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	Scienza della alimentazione/Dietologia	<input type="checkbox"/>
Medicina tropicale	<input type="checkbox"/>	Offalmologia	<input type="checkbox"/>	Tossicologia medica	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/>		
Neurofisiopatologia	<input type="checkbox"/>	Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>		
Neurologia	<input type="checkbox"/>	Urologia	<input type="checkbox"/>		
Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>				
Oncologia	<input type="checkbox"/>				
Pediatria esclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>	Medico abilitato non specializzando	<input type="checkbox"/>		
Pediatria inclusi paz. primi 60 gg	<input type="checkbox"/>				
Psichiatria/Clinica Psichiatrica	<input type="checkbox"/>				
Psicologia clinica	<input type="checkbox"/>			Area non Medica	
Reumatologia	<input type="checkbox"/>				
Medico Specializzando	<input type="checkbox"/>	(indicare la specializzazione)		Biologia	<input type="checkbox"/>

05. SINISTROSITÀ PREGRESSA:

(a) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente negli ultimi 5 anni?

Si/ Yes

No/ No

(b) Indicare se il proponente sia a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente?

Si/ Yes

No/ No

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

1. Descrizione dell'evento dannoso e della pretesa risarcitoria ("quantum");

2. Indicazione delle date di accadimento, di denuncia e di definizione della pratica;

3. Indicazione dei profili di responsabilità accertati, presunti o presumibili;

06. DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, dichiara

a. che tutte le risposte qui contenute sono, dopo attenta verifica, vere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni;

b. di prendere atto che questa Proposta non vincola né gli Assicuratori né il Proponente alla stipulazione del contratto di assicurazione

c. che, qualora le Parti sottoscrivano la polizza in oggetto, accetta che questa Proposta sia presa come base per la stipula del contratto. In tale caso questo modulo sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa

d. che, se tra la data della Proposta e la data di emissione della polizza si verificassero variazioni rispetto alle informazioni fornite in questo modulo, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime agli Assicuratori, i quali avranno il diritto di ritirare o modificare la loro quotazione o conferma di copertura

Firma:

Data:

Nome e Cognome (in maiuscolo):

Qualifica:

POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

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 tutte le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 16	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Articolo 19
Articolo 22

Facoltà di recesso in caso di sinistro
Clausola Broker/Agente
Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

Firma:

Data:

.....

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

Firma:

Data:

.....

Nome (in maiuscolo):

.....