

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

La presente polizza è prestata nella forma “claims made”, ciò significa che la polizza copre i sinistri notificati dall'Assicurato agli Assicuratori per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurando quando fa richiesta di adesione alla presente polizza ha l'obbligo di fornire le informazioni e dichiarazioni previste nel modulo di adesione che diventa parte integrante del contratto.

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara di esercitare l'attività professionale 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.

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 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DI RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella Scheda di Copertura.

Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti e non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

In caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dall'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile.

Articolo 4 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.

Assicurato	il singolo iscritto all'Albo che ha aderito alla Convenzione.
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S.A.
Attacco informatico	Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Certificato	il presente documento che è emesso, con i suoi

	annessi, quale prova del contratto di assicurazione
Contraente	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, e si obbliga a pagare il premio.
Contratto di assicurazione	il contratto col quale la Compagnia, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'esercente le professioni sanitarie, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
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 conseguenti a lesioni personali o morte ivi compresi i danni ad animali, alla salute o biologici nonché il danno morale compresi danni ad essi consequenziali.
Esercente la professione sanitaria/ Medico	il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti, la relativa attività professionale. In tale ambito rientrano i professionisti di cui all'elenco delle specialità mediche assicurabili riportato all'Art. 35 delle Condizioni di polizza.
Fatti noti o circostanze	qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.
Franchigia	importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro come indicato nella scheda di copertura.
Incidente Informatico	Qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
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 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 di proposta

il modulo compilato dall'Assicurando che intende aderire alla polizza, allegato a questo contratto, che ne è parte integrante e 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.

Periodo di Efficacia

il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.

Piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale

Interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.

Premio

il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Compagnia.

Richiesta di risarcimento (colpa lieve) La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:

a) la richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale;

b) la citazione o la chiamata in un procedimento civile dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;

c) l'inchiesta giudiziaria notificata nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza (ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo).

Richiesta di risarcimento (colpa grave) La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:

a) l'invito a dedurre notificato all'Assicurato dal Procuratore della Corte dei Conti;

b) la notifica dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa per colpa grave in relazione alle responsabilità previste da

questa assicurazione.

Sinistro	la richiesta di risarcimento sopra definita notificata all'assicurato per la prima volta nel corso di periodo di assicurazione.
Sistema Informatico	Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.
Avviso di sinistro	L'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'agente autorizzato a ricevere le richieste di risarcimento, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza.
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;

Articolo 5 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 retro attività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato.

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 6 CLAUSOLA BROKER

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:

Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;

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

- b. Ogni comunicazione fatta dal Corrispondente dei Lloyd's sarà considerata come fatta dagli Assicuratori;
- c. 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 7 FORO COMPETENTE

Foro competente è quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun Assicurato.

Articolo 8 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.

Articolo 9 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati agli Assicuratori, 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 10 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 11 FACOLTA' 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 12 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RESPONSABILITA' CIVILE TERZI (R.C.T.)

Verso il 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 l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 4 precedente e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi per morte, per lesioni personali e danneggiamenti a cose, conseguenti ad errori od omissioni, commessi nell'esercizio dell'attività professionale.

L'assicurazione, come delimitata in questo contratto e ferme le esclusioni di cui agli articoli 20-21-22 è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato ed indicate nel modulo di adesione; le attività professionali dell'Assicurato possono comprendere una soltanto o entrambe le voci a) e b) che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e

regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso:

- a) l'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente anche se svolta presso cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o qualsiasi altro Istituto autorizzato a prestare servizi sanitari, 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 "extra muraria", incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa; l'assicurazione include esplicitamente l'utilizzo di apparecchiature attinenti la professione dichiarata, la somministrazione di terapie endovenose, l'inoculazione di vaccini, la dialisi e l'effettuazione di piccoli interventi domiciliari o di chirurgia ambulatoriale.
- b) l'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture sanitarie pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale) o di qualsiasi altro Istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. L'assicurazione comprende esplicitamente l'attività dell'Assicurato in qualità di dipendente delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, individuati dall'art. 10 del CCNQ dell'11/6/2007 relativo alla definizione dei comparti ed ai sensi di quanto previsto dall'Art. 2, quarto alinea del CCNQ per la definizione delle autonome aree di contrattazione, stipulato il 1/2/2008 e successive modificazioni e/o integrazioni. E' altresì compresa l'attività professionale "intra muraria" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende in ogni caso:

1. La responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni cagionati a terzi, compresi quelli conseguenti ad azione od omissione dolosa o colposa, nell'esercizio dell'attività libero- professionale, da parte del personale dipendente o da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nell'esercizio dell'attività professionale.
2. I danni derivanti da interventi di primo soccorso prestati in virtù dell'obbligo deontologico professionale.
3. La pratica di medicina non convenzionale in riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni;
4. La responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto di incarichi o mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N. 626 del 12/9/94 e del D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni;
5. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente, nonché titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere, di Tutoring svolta nei confronti di medici tirocinanti sulla base del disposto della legge N. 212 del luglio 1990, di consulente e/o perito, nell'ambito dell'attività professionale stessa, di organizzatore di convegni, congressi e corsi ECM;
6. la responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento di attività di continuità assistenziale (ex guardia medica);
7. l'assicurazione si estende alla conduzione ed alla proprietà dei locali adibiti a studio professionale ed alla proprietà ed uso delle attrezzature ivi esistenti, nonché installazioni fisse, inclusi ascensori e sollevatori, cancelli elettronici, ma escluso i danni derivanti da manutenzione straordinaria, lavori di ampliamento, elevazione e demolizione.

Articolo 13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTI (R.C.O.)

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- a. ai sensi degli articoli 10 e 11 dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è

prestata l'assicurazione;

- b. ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina dei DPR 30 giugno 1965 n. 1124 cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto "a." per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore a quella di inizio copertura del certificato di assicurazione.

Relativamente alla garanzia R.C.O di cui sopra l'Assicurato deve fare denuncia scritta di sinistro al corrispondente dei Lloyd's Italian Underwriting solo ed esclusivamente:

- a. in caso di infortunio per il quale abbia luogo un'inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b. in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro) qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi dei D.P.R. 1124 del 30.06.1965;
- c. in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale" ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 giugno 1984 N. 222;

Articolo 14 RISCHI AGGIUNTIVI

A titolo esemplificativo e non limitativo, si intende garantita dalla presente polizza anche la responsabilità civile verso terzi R.C.T. e/o verso dipendenti R.C.O., derivante all'Assicurato da:

- a. danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b. proprietà, uso, installazioni di insegne, targhe pubblicitarie o "banner" all'interno o all'esterno dello Studio; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, la polizza è tuttavia intesa prestata a favore dell'Assicurato in qualità di committente dei lavori; la copertura è altresì estesa ai danni e/o perdite ai beni sui quali le insegne o le targhe sono installate;
- c. dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;
- d. dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
- e. dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- f. per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- g. per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute con il limite di Euro 100.000,00, resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'art. 28;
- h. per danni a cose di terzi in consegna o custodia.

Articolo 15 ESTENSIONE ALLA COLPA GRAVE

Se attivata l'apposita estensione e corrisposto il relativo premio aggiuntivo, l'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato nel caso in cui abbia ricevuto per la prima volta nel corso del periodo di polizza un invito a dedurre notificato dal Procuratore della Corte dei Conti dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa, nel quale sia ritenuto personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato

responsabile o corresponsabile per colpa grave da sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

Si precisa che qualora la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale svolta dall'Assicurato in qualità di dipendente o convenzionato di struttura pubblica (inclusa l'attività intramoenia), gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato unicamente di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura o al suo Assicuratore, solo qualora egli sia dichiarato responsabile per colpa grave secondo quanto previsto dalla Legge 24/2017, rimanendo responsabile per colpa lieve unicamente la struttura nella quale l'Assicurato ha prestato la propria opera.

Articolo 16 ESTENSIONE ALLA MEDICINA DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA

L'assicurazione è estesa, purché sia specificamente indicata sul certificato e sia stato corrisposto il relativo premio aggiuntivo, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale, svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di pronto soccorso presso strutture private e di medicina del servizio di emergenza sanitaria territoriale (ex servizio 118) a seguito dell'esercizio della professione, così come previsto da ACN ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502/92, modificato dai D. Lgs. N. 517/93 e N. 229/99 e specificamente:

- interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero, con mezzo attrezzato (ambulanze ed eli-soccorso) secondo le norme vigenti in materia, compresi i trasferimenti;
- attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi emergenze;
- attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio con l'esclusione della garanzia "perdite patrimoniali";
- attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa;
- punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali, ecc.
- interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.

Articolo 17 ATTIVITÀ DI MEDICO LEGALE E/O MEDICO COMPETENTE E/O MEDICO FISCALE -PERIZIE - CONSULENZE CERTIFICAZIONI (garanzia perdite patrimoniali)

Se attivata l'apposita estensione e corrisposto il relativo premio aggiuntivo, l'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza dello svolgimento dell'attività di medico legale e/o medico competente (D.Lgs.81/08), medico fiscale, nonché in relazione a perizie, consulenze e certificazioni.

La presente garanzia viene estesa altresì alle attività di coordinatore AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (Unità complesse cure primarie), nonché alla partecipazione dell'assicurato a commissioni e a tutte le altre attività cui debba obbligatoriamente attenersi in riferimento all'ACN vigente.

Tale estensione di garanzia si intende prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con un minimo non indennizzabile di Euro 500,00 salvo franchigie superiori pattuite in polizza e fino alla concorrenza di un massimale di Euro 150.000,00 per anno assicurativo.

Si precisa che la garanzia non è in ogni caso operante per i danni patrimoniali da rivalsa esercitata a seguito della comminazione di sanzioni ISVAP, nonché per i danni di carattere amministrativo che prevedano un coinvolgimento della Corte dei Conti.

Articolo 18 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Ai fini della garanzia R.C.T., non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i

dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.

Articolo 19 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – FORMULA CLAIMS MADE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere precedentemente alla data di retroattività scelta dall'Assicurato all'atto dell'adesione ed indicata nella scheda di copertura.

L'Assicurato dichiara ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di alcun elemento e/o sinistro che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della stipulazione del contratto e conferma di essere cosciente che l'inesattezza della dichiarazione resa comporta la decadenza dai diritti assicurativi ai sensi della norma citata.

Resta inteso che la garanzia non vale per le richieste di risarcimento che risultano essere già state presentate all'Assicurato prima dell'inizio del periodo di assicurazione di questa polizza o per quelli che si riferiscono a fatti e/o comportamenti posti in essere anteriormente al periodo di retroattività della Polizza.

Articolo 20 ESCLUSIONI

Premesso che l'assicurazione è prestata nella forma "claims made", le garanzie prestate non sono valide per:

- a. le richieste di risarcimento e atti e/o fatti già noti all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Compagnie;
- b. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita in polizza.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

1. dovute a sinistri attribuibili ad azioni od omissioni commessi dall'Assicurato con dolo;
2. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
3. relative a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo o licenziato per giusta causa;
4. 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'Art. 29 delle Condizioni Addizionali di assicurazione;
5. derivanti da violazioni dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
6. 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);
7. relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora o 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");
8. 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.

9. per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato;
10. per danni derivanti da atti compiuti al di fuori delle competenze / qualifiche professionali/ specializzazioni;
11. per danni derivanti dall'incapacità, parziale o totale, dei computer e dei loro sistemi, programmi o applicazioni, di leggere correttamente le date di calendario; qualsiasi danno derivante da cyber liability comunque intesa (come ad esempio, - ma non limitatamente a - furto, perdita, divulgazione o manipolazione illecita di dati sensibili e/o informazioni riservate, violazione di proprietà intellettuale, diffusione di virus nei computer, spionaggio informatico comunque inteso, violazione della privacy, interruzione di servizio,etc)
12. L'assicuratore non sarà tenuto a fornire copertura e non sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

Articolo 21 ULTERIORI ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale:

- a. per i danni derivanti dalla proprietà, esercizio e/o conduzione di cliniche, case di cura, ospedali o simili;

Relativamente alla sola garanzia R.C.T. l'assicurazione non vale, inoltre, per i danni e le responsabilità che si verificano o insorgono in occasione:

- b. di fatti commessi quando l'Assicurato si trovi, per motivi disciplinari, sospeso o destituito dall'esercizio dell'attività professionale oppure per fatti commessi quando l'assicurato non sia in regola con l'iscrizione all'albo
- c. di esplosioni od emanazione di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell' atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d. di circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili, salvo quanto previsto al successivo art. 32 lettera a);
- e. di fatti di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati, conseguenti a inquinamento dell'atmosfera, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trovino nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento, tranne nei casi di responsabilità connessa con la sorveglianza delle attività di deposito temporaneo, smaltimento, stoccaggio e/o accumulo dei rifiuti speciali e/o tossici nocivi del proprio ambulatorio, di cui alle relative leggi;
- f. di furto;
- g. di fatti derivanti da produzione diretta di organismi geneticamente modificati.

L'assicurazione R.C.T. e R.C.O., inoltre, non comprende i danni:

1. da detenzione o impiego di esplosivi;
2. verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo,

- naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.)salvo quanto ad uso medico /diagnostico;
3. da produzione, distribuzione, manutenzione e detenzione di amianto (asbesto);
 4. derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti a ordigni di guerra;
 5. derivanti dall'emissione di onde e campi elettromagnetici limitatamente a società elettriche di produzione e distribuzione, società di telecomunicazioni, società di produzione di impianti e apparati telecomunicazioni;
 6. cagionati da persone fisiche o giuridiche domiciliate in Usa o Canada e/o derivanti da qualsiasi attività produttiva e/o professionale svolta nei suddetti Paesi.

Articolo 22 ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI

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 dei tessuti, cavità o organi, l'uso di retrattori e gli atti invasivi diagnostici e terapeutici;
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 peri-orali, inclusi i denti;
6. l'iniezione e/o introduzione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.
8. Infiltrazioni articolari ove non sia stata attivata apposita estensione e corrisposto il relativo premio aggiuntivo

Articolo 23 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE - PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

(A parziale deroga dell'Articolo 5 delle "Condizioni Addizionali" di assicurazione,) in caso di cessazione dell'attività, debitamente documentata, per raggiunti limiti di età, di cessazione dell'esercizio della professione (esclusa radiazione), per morte o invalidità tale da non consentire la prosecuzione dell'attività professionale, l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute alla Compagnia entro i 2 anni successivi alla scadenza del presente certificato e relative a fatti avvenuti entro l'ultimo anno precedente la cessazione dell'attività'.

Previo pagamento di un premio aggiuntivo è riservata all'Assicurato la facoltà di estendere la copertura assicurativa per eventuali azioni nei propri confronti per sinistri notificati entro 2 anni successivi alla scadenza del presente certificato e relativi a fatti avvenuti entro il periodo di efficacia del presente certificato.

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'assicurazione in ordine ai termini e dalle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia, il massimale previsto in polizza costituirà anche la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di copertura a partire dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività, fermi gli altri limiti di risarcimento previsti dalle norme che regolano l'assicurazione.

L'operatività della presente estensione è subordinata alle seguenti condizioni:

- a. che vi sia specifica richiesta dell'Assicurato o dei suoi eredi entro 60 giorni dalla scadenza annuale della polizza, successiva alla cessazione dell'attività che l'assicurato o i suoi eredi si impegnino a non stipulare con altre Compagnie, assicurazioni per le medesime garanzie, sotto pena di decadenza della presente estensione di garanzia;
- b. che l'Assicurato o i suoi eredi dichiarino ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892,

1893 e 1894 del codice civile di non essere a conoscenza di fatti o atti che possano comportare richieste di risarcimento a termini di polizza.

Qualora durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato venga, invece, 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, al termine della durata della polizza, cessa ogni obbligo della Compagnia e nessun sinistro potrà essere denunciato.

Articolo 24 STUDIO ASSOCIATO O SOCIETA'

E' data facoltà di intestare la polizza di assicurazione ad uno Studio Associato od a una Società, sempre che gli Assicurati persone fisiche che godono della copertura prevista dall'Articolo 3 delle presenti Condizioni di polizza, siano associati o Soci dell'Assicurato.

Per gli Studi Associati l'assicurazione è prestata sia per la RC Professionale della Persona/e identificata/e nel certificato che per i danni a terzi o a dipendenti.

Qualora ci si trovi in presenza di altre polizza, operante per il medesimo rischio, questa polizza opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che il massimale previsto dall'altra polizza sia esaurito.

Per le altre forme giuridiche adottate dall'Assicurato, l'assicurazione è prestata esclusivamente per la RC Professionale del Medico/i persona/e fisica/he identificata sul certificato.

Se l'Assicurato è Membro di uno Studio Medico Associato o di una Società, ai fini della validità delle garanzie di Responsabilità Civile verso Terzi e di Responsabilità Civile verso prestatori d'opera, è condizione essenziale che tutti gli altri Associati siano assicurati con questa polizza; in caso contrario l'Assicurato sarà coperto solo per la Responsabilità Civile Professionale.

Articolo 25 S.O.S.

Resta inteso fra le Parti di estendere la copertura assicurativa alle multe e/o ammende per erronea interpretazione di norme (escluse quelle fiscali ed economiche), a condizione che l'erronea interpretazione non sia intenzionale e/o sia la conseguenza di erronee interpretazioni di regolamenti forniti dall'Associazione di categoria.

L'esposizione massima degli Assicuratori non eccederà il limite di Euro 5.000,00 per avvenimento ed in aggregato annuo.

La presente clausola è intesa integrare le previsioni dell'Art. 1 delle Condizioni Addizionali di polizza, dove si statuisce l'inclusione della "Responsabilità personale del Responsabile dei servizi di prevenzione" nominato in conformità del D. Lgs. N. 81/2008, ex 626/94.

E' ulteriormente convenuto che l'azione in surroga condotta dall'INAIL, INPS o Compagnia di Assicurazione s' intende coperta da questa polizza.

Articolo 26 RESPONSABILITA' SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la Responsabilità Civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Compagnia risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Articolo 27 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI - SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, operanti per il medesimo evento 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, fermi in ogni caso il massimale stabilito nella scheda di copertura e le franchigie 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.

Per quanto riguarda le spese di gestione delle vertenze civili, resta inteso che nel caso ci siano altre assicurazioni per il medesimo rischio e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, anche precedentemente stipulate con contratto individuale o collettivo dal singolo assicurato e queste siano operanti " a secondo rischio", si applicheranno in ogni caso i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso, operando anche questa assicurazione, nel caso di specie, "a secondo rischio".

Articolo 28 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato. La copertura assicurativa conserva la propria validità anche nel caso in cui l'Assicurato non sia in regola con gli obblighi derivati da leggi e/o ordinamenti, purché ciò sia involontario e/o conseguenza di inesatte interpretazioni di norme vigenti, conseguenti a eventuali indicazioni date da un'Associazione di categoria.

Articolo 29 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese Europeo. 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 le richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale in paesi diversi dall'Italia.

Articolo 30 CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEL TERRORISMO

A parziale deroga di eventuali disposizioni contrastanti contenute nella presente polizza o in qualsiasi appendice, resta convenuto che la presente assicurazione esclude le perdite, i danni, i costi e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti a, qualsiasi fatto di terrorismo indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che ne contribuisce contestualmente o in qualsiasi sequenza con riferimento al sinistro.

Ai fini della presente clausola, s'intende atto di terrorismo un fatto che comprende ma che non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia di queste da parte di qualsiasi persona o gruppo (i) di persone, sia che agiscano individualmente sia che agiscano per conto di o in connessione con qualsiasi organizzazione o governo o commesso con finalità politiche, religiose, ideologiche o simili scopi ivi compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o incutere timore nella popolazione o in qualsiasi settore di questa.

Sono inoltre escluse la perdita, il danno, il costo o le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da o conseguente a qualsiasi azione intrapresa per il controllo, la prevenzione o la repressione di qualsiasi fatto di terrorismo relativo a questo.

Nel caso in cui gli Assicuratori affermassero che in virtù della presente esclusione, una eventuale perdita, danno, costo o spesa non fosse coperto, l'onere della prova del contrario sarà a carico dell'Assicurato.

Nel caso che una parte qualsiasi della presente clausola risultasse non valida o non eseguibile, quanto resta di valido avrà piena validità ed effetto.

Articolo 31 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE AMICHEVOLE

Ai sensi e per gli effetti della legge 9 agosto 2013, n. 98, di conversione con modificazioni del decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, è entrato in vigore, con decorrenza dal 20 settembre 2013, l'obbligo della conciliazione, ovvero il procedimento di mediazione quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale in materia di controversie in tema di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria (compreso quella inerente il personale sanitario non medico), di risarcimento del danno derivante da diffamazione a mezzo stampa o con altri mezzi di pubblicità, di

contratti bancari e finanziari. Essendo tutte queste parti obbligate a costituirsi nel procedimento di mediazione, le relative decisioni saranno vincolanti anche nei loro confronti. Per quanto concerne la materia dei contratti assicurativi, l'obbligo di mediazione si estende alle sole controversie che s'instaurano direttamente tra Assicurato ed Assicuratore in ordine all'operatività della garanzia assicurativa.

Sono invece escluse dall'obbligo tutte le liti in cui l'Assicurato è citato in giudizio dal Danneggiato e la Compagnia viene chiamata in garanzia, con l'eccezione delle controversie in materia sanitaria suddette. Il Soggetto che intenda accedere alla mediazione, dovrà rivolgersi a un organismo di mediazione autorizzato e registrato presso il Ministero della Giustizia che, a sua volta, incaricherà un mediatore (parimenti autorizzato) di eseguire il tentativo di conciliazione.

Articolo 32 COMMITTENZA

L'Assicurazione si estende alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile per:

- a. danni causati a terzi da Suoi dipendenti o connessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al P.R.A. La garanzia vale anche per i danni fisici cagionati alle persone trasportate;
- b. danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo Studio assicurato.

Articolo 33 DENUNCIA DEI SINISTRI E GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore entro dieci giorni da quando l'assicurato ne ha avuta conoscenza.

L'Assicurato deve fare denuncia scritta al corrispondente dei Lloyd's Italian Underwriting di qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi comunicazione scritta e atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia, notificata all'assicurato che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.

L'Assicurato è inoltre tenuto a fornire, a richiesta della Compagnia, tutte le informazioni e l'assistenza del caso.

L'assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze. La Compagnia ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

La Compagnia assume, a nome dell'Assicurato, fino ad esaurimento del grado di giudizio eventualmente in corso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Compagnia le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato, superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Compagnia e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Compagnia non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati o autorizzati e non risponde di multe o ammende. In particolare, ove l'assicurato non abbia espressamente rinunciato a tale garanzia indicandolo nel modulo di proposta, con riferimento alle spese legali e peritali del procedimento penali, si precisa che la polizza copre le spese legali fino ad un limite massimo di €15.000 per sinistro e l'eventuale differenza rimane a carico dell'assicurato.

Articolo 34 MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA CONVENZIONE

Per l'adesione alla presente convenzione è previsto che ciascun assicurato provveda,

direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue:

Ciascun contraente dovrà compilare in tutte le sue parti e sottoscrivere il Modulo d'Adesione ed inviarlo entro 30 giorni dalla data di adesione, al Coverholder dei Lloyd's e corrispondere il premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di conferma della copertura e il presente contratto sia stato firmato in ogni sua parte e inviato al proponente entro 30 giorni dalla ricezione dello stesso.

In caso di rinnovo alle medesime condizioni in corso, non sarà necessario compilare nuovamente il modulo di adesione.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurando attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di non essere a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma del Modulo, suscettibili di poter cagionare un sinistro e di quant'altro richiesto al punto D) del Modulo stesso.

In caso di mancato invio del Modulo di Adesione o in caso di invio del Modulo di Adesione non debitamente compilato in ogni sua parte e/o firmato, l'assicurazione non è operante ed il premio, qualora pagato, verrà restituito.

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Convenzione, l'assicurando dichiara di essere a conoscenza di uno o più fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento, l'assicurazione non è operante a meno che l'Assicuratore non decida altrimenti con conferma scritta di copertura.

Articolo 35 CATEGORIE ASSICURABILI E PREMI

L'assicurazione è prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio esclusivo di una o più delle seguenti categorie.

Il premio annuo pro capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo imposte, governative incluse, per categoria come qui di seguito indicato:

TARIFFA A *		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 799	€ 879	€ 959	€ 1.078
	5 anni	€ 1.038	€ 1.142	€ 1.246	€ 1.402
	10 anni	€ 1.198	€ 1.318	€ 1.438	€ 1.618
Allergologo e Immunologia clinica per Allergologo					
Anatomia patologica					
Angiologo					
Biochimica e chimica clinica					
Cardiologo Clinico					
Dermatologo e venereologo					
Diabetista					
Endocrinologo e malattie metaboliche					
Epatologo					
Geriatra					
Nefrologo					
Neurologo					
Optometrista					
Patologo clinico					
Psichiatra					
Psichiatra infantile					
Pulmologo/Malattie respiratorie					
Reumatologo					
Trasfusore					
Gastroenterologo					
Otorinolaringoiatra					

TARIFFA B		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 654	€ 719	€ 784	€ 882
	5 anni	€ 850	€ 935	€ 1.020	€ 1.147
	10 anni	€ 980	€ 1.078	€ 1.176	€ 1.323
Dottore in farmacia					
Dottore internista					
Epidemiologo, biologo, Medicina e igiene preventiva					
Fisiatra					
Immunologo					
Infettivologo					
Ingegnere biomedico					
Massaggiatore					
Neurofisiopatologo					
Osteopata					
Patologo della parola					
Specialista in diagnosi chimiche, immunologiche, batteriologiche					
Tossicologo					

* Tariffa soggetta a preventiva valutazione ad hoc da parte dell'Assicuratore

TARIFFA C		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 545	€ 599	€ 654	€ 735
	5 anni	€ 708	€ 779	€ 850	€ 956
	10 anni	€ 817	€ 899	€ 980	€ 1.103

Dietista tecnico
Ematologo
Ente per attività ricreative dei pazienti
Fisioterapista
Medico aziendale/Ispettore/Medicina occupazionale
Medico dello sport non professionisti
Medico di base
Medico legale
Nutrizionista / Dietologo
Ortopedico
Pedagogista
Pranoterapeuta
Psicanalista
Psichiatra di riabilitazione
Psicoterapista
Tecnico di laboratorio Biomedico
Tecnico di medicina nucleare
Tecnico di prevenzione nell'ambiente e sul posto di lavoro
Tecnico di radiologia medica
Tecnico neurofisiopatologo
Tecnico ortopedico

TARIFFA E		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 214	€ 235	€ 257	€ 289
	5 anni	€ 278	€ 306	€ 334	€ 376
	10 anni	€ 321	€ 354	€ 386	€ 434
Assistente di oftalmologia					
Audiologo					
Audiologo tecnico					
Audiometria tecnica					
Operatore sociale					
Ortottico					
Personal trainer					
Podologo					
Psicologo/psicologo clinico					
Terapista					
Terapista neuro psicomotorio					
Terapista occupazionale					
Tossicologo ambientale					
Ufficiale tecnico di farmacia					

TARIFFA D		MASSIMALE			
		€1 mio	€1,5 mio	€2 mio	€3 mio
RETRO	2 anni	€ 229	€ 251	€ 274	€ 309
	5 anni	€ 297	€ 327	€ 357	€ 401
	10 anni	€ 342	€ 376	€ 410	€ 461

Analista al microscopio
Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
Bionaturopata
Consulente di riabilitazione
Cosmetologo
Erborista
Estetologo
Kinesiologo
Naturopata/ Nutripuntore
Omeopata
Riflessologo
Specializzando fino al 34°anno di età
Storia medica del paziente
Terapista della musica
Terapista della parola
Terapista respiratorio
Terapista Shiatsu

ESTENSIONE COLPA GRAVE (ART.15):**+20%** sul premio da tabella
ESTENSIONE EMERGENZA SANITARIA (ART.16): **soggetta a valutazione da parte dell'Assicuratore**
ESTENSIONE DANNI PATRIMONIALI PER MEDICINA LEGALE (ART.17): **10%** sul premio da tabella
ESTENSIONE INFILTRAZIONI ARTICOLARI: **10%** sul premio da tabella
RINUNCIA ALLA TUTELA LEGALE PENALE (ART. 33): **-10%** sul premio da tabella

Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di continuità assistenziale o presso una struttura di pronto soccorso sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Se l'Assicurato è in possesso di più specializzazioni fra quelle previste in polizza, corrisponderà la maggiore fra le tariffe corrispondenti alle specializzazioni di cui è in possesso.

Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni non rientranti specificamente tra quelle indicate come assicurabili al presente articolo, tutte le garanzie prestate dal presente contratto vengono limitate esclusivamente all'attività indicata sul certificato.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una specializzazione ulteriore non rientrante specificatamente nell'elenco sopra richiamato, tutte le garanzie prestate dal presente contratto rimangono comunque limitate esclusivamente all'attività relativa alla/e specializzazione/i assicurata/e.

Se l'Assicurato consegue in corso di contratto una nuova specializzazione questa si intende automaticamente in copertura previa comunicazione scritta all'assicuratore fino alla scadenza anniversaria del certificato. Al momento del rinnovo l'assicurato provvederà ad aggiornare le specializzazioni rivestite e pagare il relativo premio secondo la tariffa standard prevista.

Articolo 36 ESCLUSIONE ATTACCO INFORMATICO – INCIDENTE INFORMATICO

E' esclusa e non coperta dall'oggetto della presente polizza qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.

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 3	Aggravamento e diminuzione del Rischio
Articolo 5	Forma dell'Assicurazione "Claims Made" – Retroattività
Articolo 6	Clausola Broker
Articolo 7	Foro Competente
Articolo 10	Risoluzione annuale
Articolo 11	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Articolo 15	Estensione alla colpa grave (se attivata)
Articolo 16	Estensione alla medicina del servizio di urgenza sanitaria (se attivata)
Articolo 17	Attività di medico legale e/o medico competente e/o fiscale –perizie – consulenze certificazioni (se attivata)
Articolo 20	Esclusioni (in particolare quelle dell'Assicurazione claims made – 20a. 20b.)
Articolo 21	Ulteriori Esclusioni
Articolo 22	Esclusione degli interventi invasivi
Articolo 26	Responsabilità solidale
Articolo 27	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 29	Estensione Territoriale
Articolo 31	Tentativo obbligatorio di Conciliazione amichevole
Articolo 33	Denuncia dei sinistri e gestione delle vertenze di danno – spese legali

L'ASSICURATO

MODULO DI PROPOSTA
POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DEI MEDICI E DEGLI ESERCENTI LE
PROFESSIONI SANITARIE

DATI DEL PROPONENTE:

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO	COMUNE	PROVINCIA	CAP
QUALIFICA/E AI SENSI DI POLIZZA:			
INDIRIZZO MAIL:			
Svolge attività di continuità assistenziale o presso strutture di pronto soccorso?			Sì No
(Solo se sì al precedente quesito) Tale attività rappresenta più del 20% del totale delle sue ore lavorative			Sì No
(Solo medici specializzati/specializzandi in medicina dello sport e fisioterapisti) conferma di non annoverare tra i propri clienti atleti che siano sotto contratto con squadre di calcio che militano nella serie A italiana?			Sì No

ESTENSIONI DI POLIZZA		
Colpa Grave (art.15)	Sì	No
Emergenza Sanitaria (art.16)	Sì	No
Medico Legale (art. 17)	Sì	No
Infiltrazioni articolari	Sì	No
Rinuncia alla Tutela legale penale (art.33)	Sì	No

MASSIMALE
€ 3.000.000
€ 2.000.000
€ 1.500.000
€ 1.000.000

RETROATTIVITA'
2 anni
5 anni
10 anni

IL SOTTOSCRITTO ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

con decorrenza dal / / al / /

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con Lloyd's Insurance Company S.A. di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 4 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e da questi denunciate agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.
- C) ha compreso le esclusioni di polizza di cui agli articoli 20, 21, 22
- D) **non è a conoscenza di qualsiasi elemento o fatto che possa causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo che gli sia stato comunicato formalmente con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.**

Data _____

FIRMA _____

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- C) Esclusioni di polizza
- D) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

Data _____

FIRMA _____

Dichiaro di aver ricevuto e letto l'informativa privacy allegata al presente documento, di averne compreso il contenuto e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità inerenti la gestione del mio contratto assicurativo

Data _____

FIRMA _____

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto la documentazione pre-contrattuale costituita da:

- A) Documento Informativo Precontrattuale e DIP Aggiuntivo
- B) Condizioni di Assicurazione;
- C) Questionario e modulo di proposta.

Data _____

FIRMA _____