

FASCICOLO INFORMATIVO

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il presente **FASCICOLO INFORMATIVO**, contenente:

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

Deve essere consegnato all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

INDICE

NOTA INFORMATIVA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2
1. Informazioni generali	2
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's	3
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	3
4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità	5
5. Aggravamento e diminuzione del rischio	5
6. Premi	6
7. Rivalse	6
8. Diritto di recesso	6
9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	6
10. Legge applicabile al contratto	6
11. Regime fiscale applicabile al contratto	6
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	6
12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	6
13. Reclami	7
14. Arbitrato	8
GLOSSARIO	9
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	13
MODULO DI ADESIONE	25

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione e/o adesione alla 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 di 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 di 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 di 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 di Lloyd's sono, rispettivamente: +39026378881, servizioclienti@lloyds.com e www.lloyds.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 a operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 53 del Rapporto Annuale dei Lloyd's del 2016* il capitale del mercato dei Lloyd's ammonta ad EUR 32.528 milioni*** ed è composto dai Fondi dei membri presso i Lloyd's pari a Euro 25.473 milioni, dai Bilanci dei membri per Euro 4.712 milioni e dalle riserve centrali di Euro 2.343 milioni.

L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's è stato determinato secondo i dispositivi previsti dalla direttiva Solvency II, che è entrata in vigore a partire dal 1 gennaio 2016. L'indice di solvibilità del mercato centrale dei Lloyd's al 31.12.2016 è stato pari al 215%. Tale indice è determinato dal rapporto tra il totale delle attività centrali pari a Euro 4.029 milioni e il Solvency Capital Requirement (SCR) centrale, che ammonta a Euro 1.878 milioni. Tutti gli importi relativi alla solvibilità del mercato centrale (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 10 del "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" al 31 Dicembre 2016**.

*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2016:

https://www.lloyds.com/AnnualReport2016/assets/pdf/lloyds_annual_report.pdf

** Link al "Lloyd's Solvency and Financial Condition Report" al 31 Dicembre 2016:

<https://www.lloyds.com/~media/Files/Lloyds/Investor%20Relations/2016/Lloyds%20SFCR%202016.pdf>

*** Tasso di cambio al 31.12.2016: EUR 1,00 = GBP 0,852 (fonte: Financial Times).

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale dei Lloyd's è consultabile ai seguenti link (rispettivamente in versione Italiana e Inglese):

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

<http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italy/placing-risk-at-lloyds-in-italy>

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

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione della RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PER COLPA GRAVE (d'ora in avanti "contratto di assicurazione") è stipulato senza tacito rinnovo e termina alla scadenza indicata nella scheda di copertura.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Gli Assicuratori, si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare:

- 1) all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato;
- 2) all'Impresa di Assicurazione che eserciti l'azione di surroga, laddove ammissibile, in conseguenza della sentenza definitiva della Corte dei Conti con cui la colpa grave dell'Assicurato è stata accertata.

Lo scopo della copertura è pertanto quello di tenere indenne l'Assicurato, nei casi in cui venga accertata una sua colpa grave da parte della Corte dei Conti, a fronte delle possibili voci di danno a lui imputabili:

- **Danno erariale alla finanza pubblica**
- **Eventuali ulteriori danni alla pubblica amministrazione, rientranti nella sentenza della Corte dei conti.**
- **Danno patrimoniale all'Assicuratore RCT dell'Azienda di appartenenza che, ai sensi della propria polizza, in caso di condanna per colpa grave del dipendente, può esercitare l'azione di rivalsa, surrogandosi nei diritti spettanti all'Azienda stessa.**

AVVERTENZA:

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende sanitarie se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto degli articoli 5,6 e 10 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

ESTENSIONI

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di Medico o dipendente sanitario non medico che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria pubblica indicata nella Scheda di Copertura, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

AVVERTENZA:

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI COPERTURA:

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia è tesa 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 polizza

Premesso quanto sopra 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 12 e 18;
- b. le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso o della data di decorrenza della prima polizza contratta con gli stessi assicuratori, 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;
- d. richiesta di risarcimento riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici.
- e. le richieste di risarcimento connesse a fatti o circostanze che fossero già note all'Assicurato prima del periodo di Assicurazione.

Configurano fatti e circostanze note ai sensi dell'art. 10:

- l'aver riportato, prima della stipula della polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio, sia in sede penale, che civile, che amministrativa

- l'aver ricevuto, prima della stipula della polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti e/o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza o dal suo Assicuratore

- l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.

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

Forma Claims Made

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.

Postuma

Ai sensi della Legge 24 dell'8 Marzo 2017 se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza/ Convenzione è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare, previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 500% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno un annualità oppure il 300% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno due annualità, la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Massimale

La Polizza offre copertura all'Assicurato per il massimale riportato nella Scheda di copertura.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Le eventuali dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione assicurativa e sul diritto all'indennizzo.

Resta integralmente ferma ed applicabile la disciplina dettata o richiamata dagli artt. 1892, 1893 e ss del codice civile nonché dai relativi principi di legge, cui si rimanda.

Il contratto di assicurazione è nullo quando ricorrono uno o più presupposti previsti dall'articolo 1418 Codice Civile, ad esempio perché l'oggetto del contratto è impossibile, indeterminabile o illecito (articolo 1346 Codice Civile).

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

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.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 13 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

6. Premi

Il premio per il periodo di polizza è indicato nel prospetto di cui all'art. 25 delle Condizioni di polizza, il quale individua gli Assicurati (come definiti) e li suddivide per categoria prevedendo per ciascuna di esse il relativo premio

La Polizza prevede una "Disciplina per le adesioni alla Convenzione", in virtù della quale il premi debba essere pagato dall'Assicurato/aderente entro 15 giorni dalla data di adesione

Le modalità di pagamento del premio sono indicate nelle modalità di adesione e clausola pagamento del premio vedi articoli 14 e 24 delle condizioni di polizza

7. Rivalse

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). Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo 18 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

8. Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 19 (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.

Restano altresì fermi ed impregiudicati i diritti di recesso ed altri rimedi analoghi stabiliti dalla legge applicabile.

9. 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.

10. Legge applicabile al contratto

La legge applicabile al contratto ed alla copertura è la Legge Italiana (vedasi articolo 23 delle CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE).

11. Regime fiscale

Al presente contratto si applicano le imposte Italiane

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Ferma restando la definizione di "richiesta di risarcimento" e di "sinistro" di cui in premessa, 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 al corrispondente dei Lloyd's.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o il procedimento civile promosso contro l'assicurato non costituiscono un sinistro ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

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

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 gli articoli 4, 10.1 e 18).

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.

Restano fermi gli obblighi ed oneri di comunicazione e in materia di gestione dei sinistri previsti dalla legge e dai principi applicabili.

13. Reclami

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Servizio Reclami

Ufficio Italiano dei Lloyd's

Corso Garibaldi, 86

20121 Milano

Italia

Fax n.: +39 02 6378 8857

E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà a inoltrare il reclamo al Managing Agent competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione. Il fatto che l'Ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti le polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della Polizza medesima.

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

Via del Quirinale, 21

00187 Roma

Italia

Tel.: 800 486661 (dall'Italia)

Tel.: +39 06 42021095 (dall'estero)

Fax: +39 06 42133745 oppure + 39 06 42133353

E-mail: ivass@pec.ivass.it

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link:

www.ivass.it

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

Complaints Team
Lloyd's
One Lime Street
London
EC3M 7HA
United Kingdom
Telephone no.: +44 (0)207 327 5696
E-mail: complaints@lloyds.com

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire alle vie legali o affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

14. Vertenze

Si segnala la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Si ricorda che il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi a un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale dell'Ufficio Italiano dei Lloyd's Corso Garibaldi, 68, 20121 Milano.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione è obbligatorio per alcune categorie di controversie - tra cui le controversie in materia di contratti assicurativi - e dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

* * * * *

Si sottolinea che la presente Nota Informativa non sostituisce né integra i termini e condizioni e le clausole di cui alle condizioni generali. La presente Nota Informativa non integra né ha la funzione di interpretare o modificare il contenuto delle condizioni generali. Le condizioni generali contengono e racchiudono l'intero accordo tra le parti e in caso di contrasto o anche semplice non integrale identità tra il contenuto della presente Nota Informativa e le condizioni generali, varrà esclusivamente quanto previsto da queste ultime.

Si raccomanda pertanto – data anche la natura e la complessità della copertura – una attenta lettura e analisi di tali condizioni.

* * * * *

Gli assuntori di rischi assicurativi del 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 di Lloyd's
Vittorio Scala.

GLOSSARIO

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

Assicurato: Tutto il Personale dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere e Universitarie)

Assicuratori: Newline Syndicate 1218 at Lloyd's.

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

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

Certificato e Scheda di Copertura: i documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

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: l'assicurato

Danno/Danni: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.

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.

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

Periodo di Assicurazione: il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Copertura

Polizza Convenzione: il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente all'Assicuratore;

Richiesta di risarcimento:

- L'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato, in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;

- La comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo

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

Sinistro: la richiesta di risarcimento come sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Struttura sanitaria pubblica: l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico e le strutture accreditate e/o convenzionate con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati, se soggetti alla giurisdizione della Corte dei Conti.

Sottolimiti: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

Codice Ramo	Codice Correspon.	Codice Lloyd's Broker	Codice Doc. (*)	Market Reform Contract/Binder
hhCODICE_RAMO	IT inserire codice	CODICE_LB	codice_Doc	Numero Market Reform Contract o Binder
			(*)	F = Piazzamento Facoltativo B = Piazzamento su Binder

Tipo di assicurazione : «RAMO»

Il presente Modulo forma parte integrante del Contratto N°

«NUMERO_POLIZZA_» Nome dell'Assicurato o Contraente:

«CONTRAENTE»

Indirizzo :

«VIA_CONTRAENTE»

CAP e Città

«CAP»

CONTRAENTE»

Codice Fiscale:

«CODICE_FISCALE»

Durata dell'Assicurazione dalle ore «24:00» del «DATA_EFFETTO_POLIZZA» alle ore «24:00»

del «DATA_SCADENZA_POLIZZA»

Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto : «DATA_PROPOSTA»

Condizioni Generali e Particolari come da seguenti stampati allegati al presente

Modulo:

LSW1819A

Quota Lloyd's: «100,00%»

Numero percentuale dei Sindacati dei Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:

Rischi e importi assicurati, Franchigie e Scoperti, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra)

«INSERIRE SIGLA IDENTIFICATIVA DEL SINDACATO E PERCENTUALE DI RITENZIONE DEL RISCHIO»

Premio Netto	Accessori.	Imponibile	Imposte	Totale
Completivo «PREMIO_NETTO_CO MPLESSIVO»	«ACCESSORI_COMPL ESSIVO»		«IMPOSTE_COMPLE SSIVO»	«PREMIO_LORDO_C OMPLESSIVO»

Il premio deve essere pagato al Corrispondente di seguito specificato, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è concesso con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente.

Premio Netto	Accessori.	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata «PREMIO_NETTO_FR AZIONATO»	«ACCESSORI_FRAZIO NATO»	«IMPONIBILE_FRAZI ONATO»	«IMPOSTE_FRAZION ATO»	«PREMIO_LORDO_F RAZIONATO»

Modalità del pagamento del Premio ed eventuali regolazioni: «DESCRIZIONE_FRAZ»

Numero totale di pagine allegate: «TOTALE_PAGINE_ALLEGATE»

Data	Il Corrispondente dei Lloyd's	L'Assicurato o il Contraente	Enrico Bertagna Rappresentante Generale per L'Italia dei Lloyd's In nome e per conto dei Membri Sottoscrittori che assumono il rischio di cui al presente contratto
«DATA_EMISSIONE»	«INSERIRE ESATTA RAGIONE SOCIALE»		

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, IL FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO E LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI AL REGOLAMENTO ISVAP n°35 DEL 26/05/2010.

Il Contraente :.....

SCHEDA DI COPERTURA

LLOYD'S

1.	Assicuratori: Alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's – Sindacato Newline
2.	Assicurato: Il Contraente/Assicurato indicato nel Modulo di Adesione
3.	Periodo di Assicurazione: Data di effetto/scadenza: quelle riportate nel Modulo di Adesione
4.	Massimale per Sinistro/anno/persona più 25% del Massimale per i costi di difesa previsti dall' art. 1917 Codice Civile: Quello indicato nel Modulo di Adesione e scelto tra € 1.000.000/€ 2.000.000/ € 5.000.0000
5.	Categoria assicurata e relativo Ente di appartenenza: Quella indicata dall'Assicurato nel modulo di adesione tra quelle all'art. 26
6.	Data di retroattività (espresso in anni dalla data di inizio del periodo di assicurazione): 10 anni dalla data della presente polizza (periodo di assicurazione) La presente polizza convenzione 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 connessi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere successivamente alla data di retroattività indicata di seguito.
7.	Estensione Postuma: (se attivata) 10 anni
8.	Clausola Broker: 8.1 Broker: Arena broker srl 8.2 Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's: Italian Underwriting Srl
9.	Esclusione fatti e circostanze noti Si prende atto tra le parti che sono inoltre esclusi dalla copertura tutti i Sinistri/Danni che possano derivare direttamente o indirettamente dalle circostanze e/o Sinistri e/o eventi noti all'Assicurato e/o dichiarati agli Assicuratori prima della data di adesione .
10.	Limiti Territoriali: L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi 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 da!!'Italia, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

ASSICURATO/CONTRAENTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La presente polizza convenzione 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

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara :

- 1.1 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;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria pubblica indicata nell'annessa Scheda di Copertura;
- 1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la struttura sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.
- 1.4 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali e aziendali.

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.

Contraente	L'Assicurato
Assicurato	Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale (Aziende Ospedaliere e Universitarie)
Assicuratori	Newline Syndicate 1218 at Lloyd's.
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.
Corrispondente dei Lloyd's	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.
Struttura sanitaria pubblica	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico e le strutture accreditate e/o convenzionate con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati, se soggetti alla giurisdizione della Corte dei Conti.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali
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.
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 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.

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.

Richiesta di risarcimento

l'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per Colpa Grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

La comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo.

Sinistro

la richiesta di risarcimento sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del 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.

Loss Adjuster

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

Certificato

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).*

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

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 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 nel caso di:

-Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria qualora l'Assicurato sia dichiarato

responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza della Corte dei Conti a titolo di danno all'immagine dell'Ente e della Pubblica Amministrazione in genere.

-Azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della struttura sanitaria pubblica indicata nella Scheda di Copertura, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

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

Articolo 6 Precisazioni sui rischi coperti

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di direttore presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

Articolo 7 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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

Le comunicazioni con cui l'Azienda o la Società di Assicurazione mette in mora l'Assicurato non comporta l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 18 della presente polizza.

Articolo 8 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato,

compresi i pazienti. 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 del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Articolo 9 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, esclusi 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 Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

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 avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri e le circostanze denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano fatti e circostanze note: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.
- 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 :

- 10.2.1 riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non e' applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici.
- 10.2.2 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- 10.2.3 riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 10.2.4 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;

- 10.2.5 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 9;
- 10.2.6 per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato;
- 10.2.7 per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- 10.2.8 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 10.2.9 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 10.2.10 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 (*punitiveorexemplarydamages*);
- 10.2.11 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;
- 10.2.12 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10.2.13 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;
- 10.2.14 conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- 10.2.15 che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- 10.2.16 che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;
- 10.2.17 derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.18 che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, 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.
- 10.1.19 Che siano presentate nei confronti di qualsiasi Assicurato in qualsiasi modo riconducibili a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti d'America), a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: Cuba, Iran, Corea del Nord, Myanmar, Sudan, Libia e Siria. Si conviene inoltre che l'assicuratore non sarà tenuto:
 - al pagamento di qualsiasi somma dovuta a qualunque persona fisica o persona

giuridica che sia stata dichiarata non idonea a ricevere vantaggi o benefici economici in seguito a embargo o sanzioni previste dall'ONU, dall'Unione Europea, dal Regno Unito o dagli Stati Uniti d'America;
oppure:
al rimborso di un Assicurato che abbia indennizzato tale persona fisica o persona giuridica.

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

Ai sensi della Legge 24 dell'8 Marzo 2017 se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza/ Convenzione è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare, previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 500% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno un'annualità oppure il 300% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno due annualità, la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Valgono le modalità previste dall'articolo 1 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

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 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 entro 15 giorni, 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 trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 15 Oneri fiscali

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

Articolo 16 Modalità della proroga automatica dell'assicurazione: rescindibilità annuale

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

Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni – Secondo rischio

Qualora esistano altre assicurazioni 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

Fermo restando le definizioni di polizza "richiesta di risarcimento" e "sinistri", è fatto obbligo all'assicurato denunciare, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

- a. **Formale messa in mora da parte dell'Azienda di appartenenza e/o dell'Assicuratore dell'Azienda di appartenenza per responsabilità per colpa grave;**
- b. **Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.**

Si precisa che la comunicazione con cui l'Azienda o la Società di Assicurazione mette in mora l'Assicurato non comporterà l'obbligo degli Assicuratori di nominare / approvare legali e/o periti.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o procedimento civile promosso contro l'assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituiscono un sinistro ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

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 al Corrispondente dei Lloyd's Italian Underwriting Srl per il tramite del broker.

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.

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 delle strutture sanitarie pubbliche, 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 per il tramite del broker.

Articolo 22 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:

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

Articolo 24 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, come segue:

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nel certificato purché l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio ed abbia correttamente completato l'adesione nei termini dovuti.

Ciascun contraente dovrà compilare in tutte le sue parti e sottoscrivere il Modulo d'Adesione ed inviarlo entro 15 giorni dalla data di adesione, al Coverholder dei Lloyd's, a mezzo fax o e-mail (numero di fax e e-mail indicato nella lettera accompagnatoria disponibile on line), e corrispondere il premio dovuto entro il medesimo termine.

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 C) e 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.

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

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

a) 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 30 giorni dalla data di scadenza della precedente annualità

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio. Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

Articolo 25 Clausola di responsabilità Disgiunta

La responsabilità di un Assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri Assicuratori che partecipano al presente contratto. Un Assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un Assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro Assicuratore. Un Assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro Assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un Assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato di Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato di Lloyd's, ogni Membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un Assicuratore. Ogni Membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni Membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni Membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni Membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni Membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro Assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun Membro è presso i Lloyd's, 1 Lime Street, EC3M 7HA, Londra. L'identità di ciascun Membro di un Sindacato di Lloyd's e l'entità della rispettiva

partecipazione possono essere accertate mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's – Corso Garibaldi 86, 20121 Milano.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al “presente contratto” al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

Articolo 26 PREMIO

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

RETROATTIVITA' 10 ANNI, MASSIMALE € 5.000.000

CATEGORIA ASSICURATIVA	QUALIFICA	PREMIO ANNUO LORDO
A	Dirigente Medico e Veterinario	€ 425,00
B	Medici convenzionati e contrattisti	€ 397,00
C	Dirigente Sanitario non medico	€ 255,00
D	Medici specialisti in formazione	€ 295,00
E	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale	€ 180,00
F	Componenti Comitato Etico	€ 190,00
G	Dirigenti professionale, Tecnico e Amministrativo	€ 190,00
H	Quadri sanitari / altro personale sanitario	€ 59,00
I	Restante personale non sanitario	€ 54,00
L	Dirigenti Infermieristici	€ 105,00

E' facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno: si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/365 per ogni giorno di garanzia goduto, con un minimo assoluto di premio pari a 180 giorni di garanzia.

Articolo 27 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.

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

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza/Convenzione:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni
Articolo 16	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione: rescindibilità annuale
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
Articolo 24	Modalità di adesione alla Polizza Convenzione
Articolo 25	Clausola Lloyd's di responsabilità disgiunta

.....

Data

.....

Il Contraente / Assicurato



POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, residente in _____, via _____, codice fiscale _____, indirizzo e-mail _____ in qualità di _____ presso l'Azienda _____.

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' per COLPA GRAVE

con decorrenza dal _____ al _____

L'aderente dichiara di non essere direttore / dirigente / amministratore di RSA ?	SI	NO
---	----	----

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 Newline Syndicate 1218 at Lloyd's di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 1 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) non ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione. L'Assicurato prende altresì atto che fatti e circostanze che abbiano dato luogo, prima della stipulazione della presente polizza, alla ricezione di un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o ad un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda di appartenenza, sono parimenti esclusi dalla presente Assicurazione. L'Assicurato dichiara infine di non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.
- D) di non essere stato oggetto in precedenza di azioni disciplinari intentate nei miei confronti

Data _____

FIRMA _____

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

- Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato
- Articolo 4 Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" - Retroattività)
- Articolo 10 Esclusioni
- Articolo 16 Modalità della proroga automatica dell'assicurazione: rescindibilità annuale
- 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
- Articolo 24 Modalità di adesione alla Polizza Convenzione
- Articolo 25 Clausola Lloyd's di responsabilità disgiunta

Data _____

FIRMA _____

ALLEGATO A – MODULO DI ADESIONE

Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” ed acconsente, ai sensi della predetta normativa , al trattamento dei dati personali.

Data _____

FIRMA _____

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 32, comma secondo, Regolamento ISVAP 26 maggio 2010, n. 35, il sottoscritto Contraente dichiara di aver ricevuto il presente Fascicolo Informativo costituito da

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario;**
- b) Condizioni di Assicurazione;**
- c) Questionario e modulo di proposta.**

Data _____

Firma Contraente _____