LLOYD'S

CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE:
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

a) Nota informativa;
b) Condizioni di assicurazione;
c) Glossario;
d) Modulo di proposta

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA SCHEDA SINTETICA E LA NOTA INFORMATIVA.

VERSIONE 20_04_2016 LSW1694-12

LLOYD'S

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 deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza

* * * * *

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a. Lloyd's è un ente ("Society") costituito come società costituita per legge da una Legge del Parlamento del Regno Unito di Gran Bretagna del 1871. I membri della Society sono per legge assicuratori e possono assumere rischi assicurativi per proprio conto. Gli Assicuratori di questo contratto sono certi membri del 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 del Lloyd's.

c. In Italia Lloyd's ha sede secondaria in Milano, CAP 20121, Corso Garibaldi, 86

d. Lloyd's ha recapito telefonico al n. +39026378881, e-mail all'indirizzo servizioclienti@lloyds.com ed ha editato il sito internet www.lloyds.com.

e. I membri del Lloyd's che assumono rischi assicurativi sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge inglese. L'Associazione di Assuntori di rischi assicurativi nota come Lloyd's svolge attività in Italia in regime di libero stabilimento (Iscrizione al n°.I.00008 dell'elenco dell'IVASS delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato Membro ammesse ad operare in Italia in regime di stabilimento) e, nel Regno Unito di Gran Bretagna, è soggetta al controllo della Prudential Regulation Authority, con sede in 20 Moorgate, London, EC2R 6DA.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Come riportato a pag. 59 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2014* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 28.997 milioni** ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 20.162 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 6.662 milioni e da riserve centrali di EUR 2.174 milioni.
Il mercato di Lloyd's ha un indice di solvibilità complessivo, non suddiviso per ramo vita e ramo danni.
L'indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2014 era il 17079%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 4.166 milioni e la somma dei deficit di solvibilità dei singoli membri. Quest'ultimo importo è stato determinato tenendo conto del margine minimo di solvibilità, ammontante ad EUR 24 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 76 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2014*.
*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2014:
http://www.lloyds.com/AnnualReport2014/pdfs/Lloyds%20Annual%20Report%202014.pdf
** Tasso di cambio al 31.12.2014: EUR 1,00 = GBP 0,7789 (fonte: Banca d'Italia).
L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link:
http://www.lloyds.com/lloyds/offices/europe/italia/piazzare-i-rischi-ai-lloyds
(Art. 37, Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 35/2010).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

E' previsto il tacito rinnovo - Pag. 7 Art. 16 del testo di polizza

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE DANNI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ESTENSIONI
- Pag. 2 Art. 5, pag. 4 Art. 9, pag. 8 Art. 23, pag. 9 Art. 25, pag. 9 Art. 27 del testo di polizza

ESCLUSIONI
- Pag. 4 Art. 10, pag. 9 Art. 27 del testo di polizza

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

Pag. 1 Art. 1, pag. 1 Art. 2 del testo di polizza

5. Aggravamento e diminuzione del rischio

Pag. 6 Art. 13 del testo di polizza

6. Premi

La presente polizza si perfeziona attraverso bonifico bancario o assegno negli importi massimi stabiliti dalla legge.
La durata del contratto è ANNUALE, salvo diverse pattuizioni-deroghe stabilite dalle parti.

Pag. 6 Art. 14 del testo di polizza

7. Rivalse

Diritto che, spetta all'assicuratore nei confronti del proprio assicurato e che consente al primo di recuperare gli importi pagati ai terzi danneggiati nei casi in cui l'assicuratore avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

Pag. 8 Art. 20 del testo di polizza

8. Diritto di recesso

Pag. 7 Art. 18, pag 9 Art. 19 del testo di polizza

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Qualora venga applicata la legge italiana, i diritti derivati dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 CC.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

10. Legge applicabile al contratto

Pag. 9 Art. 26 del testo di polizza

11. Regime fiscale applicabile al contratto

Il trattamento fiscale applicabile al contratto è quello stabilito in libertà di stabilimento.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATI SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Pag. 7 Art. 18, pag. 3 Art. 6 del testo di polizza

13. Reclami

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Servizio Reclami
Ufficio Italiano dei Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax n. 02 63788857
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 ad 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 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 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353
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 http://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 le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

14. Arbitrato

n/a

* * * *

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 dei Lloyd's
Vittorio Scala

LLOYD'S

Polizza di Responsabilità Civile Professionale

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO

QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATA NELLA FORMA « CLAIMS MADE »

AVVERTENZA IMPORTANTE

Si noti che tutte le garanzie del contratto di assicurazione sono prestate nella forma "CLAIMS MADE" e sono operanti per le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE IN CORSO riferiti a fatti commessi dopo la data di retroattività se concessa e da lui denunciati agli Assicuratori durante il periodo di assicurazione. Terminato il periodo di assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara :

1.1 di esercitare l'attività professionale indicata nel Questionario con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Articolo 3 DEFINIZIONI

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

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

(a) il Contraente stesso,

(b) tutti i dipendenti del contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

Assicuratori Sindacato Lloyd's Newline 1218.

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

Danno/Danni il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

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

Mandatario	l'intermediario autorizzato ad operare con mandato scritto dall'assicuratore.
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Richiesta di risarcimento	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: 1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; 2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale.
Sinistro	la richiesta di risarcimento come sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.
Polizza	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
Franchigia	l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro incluse le spese di gestione del sinistro.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE" – RETROATTIVITÀ - LIMITI DI INDENNIZZO - FRANCHIGIA)

L'assicurazione è prestata nella forma *"claims made"*, ossia copre le richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso, 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.

La presente polizza prevede un limite di indennizzo per sinistro e per periodo di assicurazione che viene indicato nella scheda di polizza. I sinistri risarcibili a sensi di polizza saranno soggetti a franchigia fissa minima di euro 500.00 per evento o come diversamente normata nella Polizza o nella Scheda di Copertura.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

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

a) dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta fermo restando che:

Se l'Assicurato è in possesso di una o più specializzazioni o professionalità non rientranti specificatamente tra quelle indicate come assicurabili nel questionario, tutte le garanzie prestate dal presente contratto sono valide solo per l'attività indicata nella scheda di copertura.

Nel caso che l'Assicurato consegua una specializzazione o una professionalità durante il periodo di efficacia di polizza la stessa non rientrerà in alcun modo tra le attività oggetto di garanzia assicurativa salvo diverso accordo che dovrà risultare da apposita appendice.

b) dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi.

c) le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

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

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

a) agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;

b) all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

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

Articolo 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

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

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.

Si precisa che, qualora il fiduciario legale della Compagnia si sia costituito in giudizio per conto dell'assicurato e, al termine del giudizio intrapreso da controparte, l'organo giudicante abbia respinto le richieste attoree con contestuale condanna al pagamento delle spese legali in favore dell'ente convenuto, l'assicurato si impegna, sin da ora, a cedere il relativo credito alla Compagnia che procederà direttamente al recupero delle somme indicate in sentenza.

Articolo 7 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

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

a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;

b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato, a condizione che queste siano regolarmente fatturate.

Articolo 8 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Europa. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 9 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

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

9.1 L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

9.2 L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-professionali demandate all'Assicurato nella sua qualità di consulente o collaboratore di strutture ospedaliere private, di cliniche private (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto privato debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi.

9.3 L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto privato a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi.

9.4 La responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo quanto disposto dell'articolo 20 e dall'art. 10.2 lettera a, a condizione che la loro copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e specificamente indicata nella Scheda di Copertura;

9.5 I danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;

9.6 I danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Articolo 10 ESCLUSIONI

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

a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso;

b. i fatti e le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;

c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;

d. i procedimenti penali;

e. i procedimenti per colpa grave davanti alla Corte dei Conti.

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

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

b. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso o comunque diverse da quella/e indicata nel Questionario;

c. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa, oppure se l'Assicurato non sia iscritto

all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare la/e attività prevista/e nel Questionario;

d. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;

e. per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;

f. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;

g. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

h. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

i. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing,* molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);

j. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare *(punitive or exemplary damages)*;

k. relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;

l. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

m. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

n. 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 i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai radiografi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radiattive;

o. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;

p. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;

q. 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 Amministratore di struttura sanitaria o di Direttore Sanitario di strutture complesse a meno che questa garanzia non sia esplicitamente richiamata nella scheda di copertura e sia stato pagato il relativo premio;

r. riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonchè all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

s. 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 responsabilità informatica - 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).

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 CONDIZIONI RELATIVE AL MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Resta fra le parti inteso che sono operative le seguenti condizioni:
A. Polizza emessa in nome e per conto di un singolo ASSICURATO
1) In caso di morte dell'ASSICURATO e nel caso in cui il MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dagli eredi dell'ASSICURATO presso un diverso ASSICURATORE, gli stessi avranno diritto ad un periodo di 12 mesi seguente la data del mancato rinnovo per la notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, sempre che sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI entro 15 giorni dal termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel CERTIFICATO/SCHEDA DI COPERTURA. Tale periodo potrà essere esteso per un ulteriore periodo, la cui durata ed il relativo sovrappremio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle informazioni fornite e valutazioni che gli stessi svolgeranno.
2) Fermo quanto previsto sub 1) , è inoltre facoltà dell'ASSICURATO, solo in caso di cessazione definitiva dell'attività, salvo i casi di cessazione del rapporto per radiazione o sospensione dall'Albo professionale, di richiedere l'acquisto di un "MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO", la cui durata ed il relativo sovrappremio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle informazioni e valutazioni che gli stessi svolgeranno.
Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato al nel CERTIFICATO/SCHEDA DI COPERTURA.
B. Polizza emessa in nome e per conto di un'Associazione Professionale o di uno Studio Associato
In caso di scioglimento, volontaria cessazione dell'attività, assorbimento o fusione dell'Associazione Professionale o dello Studio Associato, volontaria o forzosa messa in liquidazione della Società, cessione di un ramo d'azienda ad un TERZO, nel caso in cui il contratto non venga rinnovato da entrambe le parti e/o un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO non venga acquistato dall'ASSICURATO o dai suoi eredi presso un diverso ASSICURATORE, l'ASSICURATO ha la facoltà di acquistare un MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO la cui durata ed il relativo sovrappremio verranno stabiliti dagli ASSICURATORI, sulla base delle informazioni e valutazioni che gli stessi svolgeranno, sempreché sia stata inviata richiesta scritta agli ASSICURATORI entro 30 giorni dal termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nel CERTIFICATO/SCHEDA DI COPERTURA. Il LIMITE DI INDENNIZZO indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nel MAGGIOR PERIODO PER LA NOTIFICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO, non potrà superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nel CERTIFICATO/SCHEDA DI COPERTURA.

In caso di cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione per pensionamento, morte, incapacità di intendere e di volere o per sua volontà o libera scelta (e non per altre ragioni quali ad esempio la sospensione o la radiazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o per il licenziamento), l'Assicurazione resta operante fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione indicata nella Scheda di Copertura a termini e condizioni in corso.

L'Assicurato potrà acquistare una garanzia postuma a termini e condizioni da definirsi e dovrà farne richiesta scritta alla Compagnia come normato ai punti A e B del presente articolo.

Articolo 13 VARIAZIONI DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento o cambiamento del rischio entro 10 giorni dalla conoscenza della condizione. Gli aggravamenti o cambiamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto. (Art. 1898 del Codice Civile).
Nel caso di diminuzione del rischio, gli Assicuratori si impegnano a ridurre il premio nella successiva annualità (Art. 1897 del Codice Civile).

Articolo 14 PERIODOCITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO.

Il premio e' dovuto con periodicita' annuale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.01 del giorno indicato nella Polizza/Scheda di Copertura se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto 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 i PREMI o le rate di PREMIO successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le

successive scadenze (Art.1901 C.C.).
Se il premio non è pagato all'ufficio del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's in Milano, oppure al Corrispondente dei Lloyd's che gestisce il contratto entro 10 giorni dalla data in cui è emesso, lo stesso sarà da considerarsi nullo dall'origine.

I pagamenti si possono effettuare a mezzo di bonifico bancario o assegno.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 RINNOVO AUTOMATICO

La presente Polizza in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera, spedita entro e non oltre 60 giorni prima della data di scadenza della Polizza viene rinnovata automaticamente per un ulteriore Periodo di Assicurazione di 12 mesi.
Nel caso in cui una Richiesta di risarcimento sia stata notificata agli Assicuratori, la Polizza non potrà essere rinnovata automaticamente.

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI COPERTURA A SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e/o 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 IN CASO DI SINISTRO

Premesso che questa è un'assicurazione nella formula Claims Made, quale temporalmente delimitata nella presente Polizza/Scheda di Copertura si precisa che:

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 U.I.A. Underwriting Insurance Agency S.r.l., Corso Sempione, 61, 20149, Milano, tel. 020 54 122 532, email: sinistri@uiainternational.net. 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.

In caso di Richiesta Di Risarcimento, l'Assicurato si impegna a non pregiudicare la posizione degli Assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.
a) Gli Assicuratori non potranno definire transattivamente alcuna Richiesta Di Risarcimento senza il consenso scritto dell'Assicurato.
Qualora l'Assicurato rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli Assicuratori e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una Richiesta Di Risarcimento, l'obbligo risarcitorio degli Assicuratori per detta Richiesta Di Risarcimento non potrà eccedere l'ammontare con il quale la Richiesta Di Risarcimento avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi i costi e spese maturate con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, ma comunque non oltre l'ammontare applicabile indicato nel Scheda Di Copertura.
b) Nel caso che una Richiesta Di Risarcimento risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli Assicuratori e l'Assicurato si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia effettivamente coperto dalla presente Polizza.
Sulla base di questo accordo, gli Assicuratori anticiperanno costi e spese per la parte della perdita assicurata.
c) Gli Assicuratori si impegnano ad anticipare i costi e le spese sostenute prima della definizione della Richiesta Di Risarcimento.
Tale anticipo di costi e spese come sopra definito, sarà restituito agli Assicuratori da parte dell'Assicurato in base ai rispettivi interessi, nel caso in cui quest'ultimo risulti non aver diritto all'indennizzo a termini della presente Polizza.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, gli Assicuratori potranno recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni da darsi mediante lettera raccomandata, rimborsando all'Assicurato la quota del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa l'imposta.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto degli Assicuratori non potranno essere interpretati come rinuncia degli Assicuratori a valersi della facoltà di recesso.

Articolo 19 FACOLTÀ DI RECESSO

Gli Assicuratori e l'Assicurato potranno recedere dalla presente Polizza mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni.
In questo caso se il recesso è esercitato dagli Assicuratori, l'Assicurato avrà il diritto al rimborso del Premio pagato e non goduto al netto delle tasse indicato nella Polizza/Scheda di Copertura. Se il recesso è esercitato dall' Assicurato il Premio rimarrà in ogni caso acquisito dagli Assicuratori.
L'eventuale rimborso sarà corrisposto all' Assicurato entro 30 giorni dalla cessazione dell'Assicurazione.

Articolo 20 SURROGAZIONE

Per ogni pagamento effettuato a termini di questo contratto per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti gli Assicuratori si surrogheranno nei diritti di rivalsa dell'Assicurato per tali ammontari.
In tal caso l'Assicurato dovrà firmare tutti i necessari documenti e farà tutto quanto è necessario per formalizzare e conservare il diritto di surrogazione compresa la sottoscrizione di quegli atti che consentano agli Assicuratori di agire legalmente in luogo dell'Assicurato.
In caso di responsabilità solidale è fatto salvo per gli ASSICURATORI il diritto di regresso nei confronti degli eventuali corresponsabili.

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 dalle parti

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (APPLICABILE SE RICHIAMATA NEL CERTIFICATO)

Con la sottoscrizione della presente Polizza l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nella Polizza/Scheda di Copertura di rappresentarlo ai fini della presente Polizza.
Pertanto:
a) ogni comunicazione effettuata al broker da U.I.A. SRL si considererà come effettuata all'Assicurato/Contraente;
b) ogni comunicazione effettuata dal broker dell'Assicurato/Contraente a U.I.A. SRL si considererà come effettuata dall'Assicurato/Contraente stesso.
Gli Assicuratori conferiscono alla Società U.I.A. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente Polizza.
Pertanto:
a) ogni comunicazione effettuata a U.I.A. SRL si considererà come effettuata agli Assicuratori;
b) ogni comunicazione effettuata da U.I.A. SRL si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Articolo 23 ESTENSIONE STUDIO ASSOCIATO O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE

L'assicurazione può essere intestata ad un Studio Associato o Associazione Professionale sempre che gli Assicurati persone fisiche rientrino nelle condizioni previste alla voce SPECIALIZZAZIONI.

La presente estensione si intende operante sia per la garanzia di Rc Professionale che per la garanzia RCTO.

Nel caso di coesistenza di altra polizza assicurativa il presente contratto opererà a secondo rischio.

In ipotesi di altre forme societarie/giuridiche adottate dall'Assicurato, la polizza garantirà esclusivamente la Rc professionale del medico/i, persona/e, fisica/che identificati nella scheda di polizza.

Nel caso l'Assicurato sia uno Studio associato o Associazione Professionale, ai fini della garanzia RCTO, l'operatività del presente contratto è subordinata al fatto che tutti gli altri associati siano assicurati dalla presente polizza. Nel caso contrario la copertura avrà efficacia solo per la RC professionale.

Articolo 24 TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE

In caso di sinistro ed in relazione alla norma che prescrive l'obbligo di esperire un tentativo amichevole di conciliazione in conformità al D.Lgs n°28/2010 da promuoversi a cura di una delle parti (paziente od assicurato) davanti ad uno degli Organismi a ciò preposti e prima di adire le vie legali, gli assicuratori decideranno nei termini previsti se partecipare o meno alla procedura.

Articolo 25 MEDICINA DEL SERVZIO DI EMERGENZA SANITARIA

L'assicurazione è estesa, se indicata nel Certificato di polizza e se pagato il premio aggiuntivo, alla responsabilità civile derivante dall'attività professionale svolta nei termini dell'abilitazione di legge, di medicina del servizio di emergenza sanitaria a seguito dell'esercizio della professione, così come normato da ACN a sensi dell'art. 8 D.lgs. n° 502/92, modificato da D.Lgs. n° 517/93 e n° 229/99 e smi:

a) interventi di assistenza e di soccorso avanzato esterni al presidio ospedaliero con mezzo attrezzato (ambulanza e/o elisoccorso) secondo le norme vigenti in materia, trasferimenti compresi.
b) attività assistenziali ed organizzative in occasioni di grandi emergenze.
c) attività presso centrali operative anche nell'ambito dei dipartimenti di emergenza ed urgenza, nonché di coordinamento interno ed esterno al servizio, escluse le perdite patrimoniali.
d) attività di primo intervento dei presidi territoriali delle aziende sanitarie e di pronto soccorso dei presidi ospedalieri dell'azienda stessa.
e) punti di soccorso mobili e fissi in occasione di manifestazioni sportive, fieristiche, culturali.
f) interventi di assistenza e soccorso avanzato sui suddetti mezzi.

Articolo 26 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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.

Le Parti stabiliscono di comune accordo che per le vertenze che possano derivare dal presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo in cui il convenuto ha la residenza o il domicilio o la sede, nel territorio della Repubblica Italiana.

Articolo 27 Clausola di 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 in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;

In deroga, ad integrazione ed a maggior precisazione, si precisa che le seguenti attività, quando svolte da un medico dermatologo con le abilitazioni necessarie per legge, sono coperte dalla presente polizza:

1. asportazione di lesioni cutanee non neoplastiche, suscettibili di asportazione chirurgica
2. asportazione di lesioni cutanee neoplastiche benigne e maligne, compresi nevi, epiteliomi e melanomi
3. attività diagnostica
4. crioterapia con azoto liquido e neve carbonica
5. test allergologici cutanei ed immunoterapia specifica
6. laser dermatologico
7. luce pulsata
8. radiofrequenza
9. fototerapia
10. dermoscopia
11. epidermo-dermoabrasione
12. quant'altro venga utilizzato in un ambulatorio di dermatologia
13. filler riassorbili
14. iniezioni di tossina botulinica

15. bio-rivitalizzazione o bio-stimolazione cutanea
16. needling
17. iniezione cutanea di emoderivati
18. peeling con acido glicolico fino al 70% di ordine medico
19. acido piruvico fino al 50%
20. acido salicilico fino al 25%
21. peeling al TCA fino at 25%
22. peeling combinati e composti
23. quant'altro rientri nell'attività di dermatologia estetica e correttiva

Il Contraente **UIA Srl**

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 2	**Reticenze e dichiarazioni inesatte**
Articolo 4	**Forma dell'assicurazione ("Claims made" – retroattività – limiti di indennizzo – franchigia)**
Articolo 7	**Nozione di "terzo" o "terzi"**
Articolo 8	**Limiti territoriali**
Articolo 10	**Esclusioni**
Articolo 11	**Responsabilità solidale**
Articolo 13	**Variazioni del rischio**
Articolo 14	**Periodicità e mezzi di pagamento del premio**
Articolo 15	**Oneri fiscali**
Articolo 16	**Rinnovo automatico**
Articolo 18	**Obblighi in caso di sinistro**
Articolo 19	**Facoltà di recesso**
Articolo 20	**Surrogazione**

Il Contraente

LLOYD'S

GLOSSARIO

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

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

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

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

Fondi dei membri presso i 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;

Assicurato
il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione:
(c) il Contraente stesso,
(d) tutti i dipendenti del contraente a condizione che la copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura.

Assicuratori
Sindacato Lloyd's Newline 1218.

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

Danno/Danni
il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

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

Mandatario
l'intermediario autorizzato ad operare con mandato scritto dall'assicuratore.

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

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

Richiesta di risarcimento
Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:
1. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
2. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione o la costituzione di parte civile in un procedimento penale.

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

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

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

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

Franchigia
l'ammontare che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro incluse le spese di gestione del sinistro.

LLOYD'S

Questionario per la richiesta di quotazione della

Responsabilità civile Professionale Medico Specialista, Medico Veterinario, Medico Neolaureato o specializzando, Operatore Sanitario non Medico

Importante: Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento e i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicati nel periodo di assicurazione nei limiti e alle condizioni previste nella polizza. I sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi un foglio bianco. Le risposte alle domande del presente questionario, sono considerate di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo

Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)

□ Medico Specialista

□ Operatore Sanitario non Medico

□ Medico Neolaureato e/o specializzando con sconto del 35% (*) (**)

(*) Tale agevolazione viene riconosciuta ai laureati che si iscrivono all'Ordine Professionale entro l'età anagrafica di anni trenta e questo beneficio è valido per i primi quattro anni dalla data di iscrizione all'Ordine Professionale ma prima del compimento del 34° anno di età

1. INFORMAZIONI GENERALI

a) Se il contraente è uno Studio Associato o una Associazione Professionale indicare:

Ragione Sociale: _____

Codice fiscale / P. IVA: _____

Data di costituzione: _____

allegare elenco persone a favore delle quali deve valere l'assicurazione completo di data di iscrizione all'albo

NOME E COGNOME	SPECIALIZZAZIONE	CODICE FISCALE / PARTITA IVA	ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

b)Se il contraente è medico individuale indicare:

Cognome e Nome: _____

Codice fiscale / P. IVA: _____

Data di nascita / Luogo di nascita: _____

Data iscrizione all'Albo _____

c) Dati generali:

Indirizzo: Via/Piazza/Corso: _____

C.A.P./Località/Provincia: _____

Indirizzo e-mail: _____

N. Telefonico N. cellulare:_____

Limite di Indennizzo richiesto per sinistro e per anno assicurativo (indicare il massimale richiesto)

☐€250,000 ☐€500,000 ☐€750,000 ☐€1,000,000 ☐€1,500,000 ☐€2,000,000

Franchigia (**): per tutti i tipi di danni verrà applicata una franchigia fissa di **€ 500,00**

Indicare se si richiede una franchigia maggiore ☐€ 1.000 (sconto 10%) ☐€ 2.500 (sconto 20%)

***N.B. per gli specializzandi lo sconto massimo applicabile sarà del 35%.**

Retroattività:
☐ **da data di decorrenza**
☐ **1 anno (senza sovra premio)**
☐ **2 anni (senza sovra premio)**
☐ **5 anni premio + 30%**
☐ **10 anni premio + 40%**

Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione

√	Medici Specializzati
M	Allergologia ed Immunologia Clinica
M	Anatomia patologica
M	Andrologo
M	Angiologia
M	Audiologia e foniatria
M	Biochimica e chimica clinica
M	Biologia e specializzazioni varie
M	Dermatologia e Venereologia
M	Ematologia
M	Endocrinologia e malattie del ricambio
M	Epatologia
M	Geriatria
M	Igiene e medicina preventiva
M	Immunologia
M	Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia
M	Malattie infettive e/o malattie tropicali
M	Medicina del lavoro
M	Medicina dello sport – esclusi professionisti sportivi
M	Medicina di base
M	Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria
M	Medicina generale
M	Medicina legale
M	Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche
M	Medico codificatore di storia clinica del paziente
M	Medico Farmacista
M	Medico Terapista della respirazione
M	Nefrologia
M	Neurofisiopatologo
M	Patologia clinica
M	Psicologia clinica
M	Psichiatria/Clinica Psichiatrica
M	Reumatologia
M	Scienza della alimentazione/Dietologia
M	Tossicologia medica
	XXX FINE ELENCO SPECIALIZZAZIONI MEDICHE XXX
	Infermiere diplomato/laureato

√	Operatori Sanitari non medici
P	Tecnico di laboratorio
P	Tecnico di medicina nucleare
P	Tecnico ECG
P	Tecnico di Neurofisiopatologia
P	Tecnico ortopedico
P	Tecnico prevenzione ambiente e sicurezza luoghi di lavoro

√	Operatori Sanitari non medici
P	Analista al microscopio
P	Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo
P	Bionaturopata
P	Chiropratico
P	Consulente della riabilitazione
P	Cosmetologo – escluso l'uso del laser
P	Dietologo/Nutrizionista/Dietista
P	Epidemiologo
P	Erborista
P	Fisico Medico
P	Fisioterapista
P	Ingegnere biomedico
P	Kinesiologo
P	Logopedista
P	Massaggiatore
P	Massoterapista/Massofisioterapista
P	Musico Terapista
P	Naturopata/Nutripuntore
P	Operatori Socio Sanitari
P	Optometrista
P	Ortesista / Protesista
P	Ortopedista
P	Ortottista - Assistente di oftalmologia
P	Osteopata
P	Paramedico
P	Perfusionista / addetto uso macchina cuore polmone
P	Dott in scienze motorie - Personal trainer
P	Podologo
P	Pranoterapeuta
P	Psicologia
P	Riflessologo
P	Tecnico Addetto di Farmacia
P	Tecnico Audiometrista
P	Tecnico Audioprotesista
P	Tecnico di camera iberbarica
P	Tecnico degli ultrasuoni
P	Tecnico della riabilitazione psichiatrica
P	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
P	Terapista del lavoro
P	Terapista della neuro e psico motricità età evolutiva
P	Terapista occupazionale
P	Tossicologo ambientale
P	Terapista shiatzu

Garanzie aggiuntive:

☐ Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 – Ex servizio 118) premio Euro 180,00 e massimale fisso Euro 1.000.000,00

☐ Direzione Sanitaria - Responsabile di Struttura Complessa (aumento 50%)

2. SINISTRI E CIRCOSTANZE

Il Proponente è a conoscenza di **circostanze** che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?	**Si** ☐ **No** ☐ Se si allegare dettaglio
Il Proponente o uno dei suoi Associati ha mai avuto **sinistri** per Responsabilità Civile Professionale negli ultimi 5 anni	**Si** ☐ **No** ☐ Se si allegare dettaglio

NB: In caso di almeno una risposta affermativa prego compilare l'allegato 1

3. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

Esiste altra Polizza per l'Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Proponente o dei suoi Associati?	**Si** ☐ **No** ☐ Se si allegare dettaglio
Al proponente è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?	**Si** ☐ **No** ☐ Se si allegare dettaglio
Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? in caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) *Nome degli Assicuratori* _____ *Numero di polizza* _____ (b) *Massimale assicurato* € _____ (c) *Franchigia* € _____ (d) *Data di scadenza* _____ (e) *Numero di anni di copertura precedente continua* _____ Se non assicurati attualmente indicare dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati	**Si** ☐ **No** ☐
Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	**Si** ☐ **No** ☐ Se si allegare dettaglio
Il proponente è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	**Si** ☐ **No** ☐ Se si allegare dettaglio

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e in caso di studi associati o società a nome di tutti coloro che devono essere assicurati come da elenco allegato:

1. di non essere alla data odierna a conoscenza di nessuna richiesta di risarcimento fatta negli ultimi 5 anni da terzi
2. di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento
3. di non aver ricoperto cariche sociali presso società o enti attualmente in stato di fallimento, liquidazione coatta o simili
4. che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità
5. di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio
6. di aver ricevuto e preso visione della Informativa sugli obblighi di comportamento dell'intermediario, sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela degli assicurati modelli 7 A e 7 B, di cui al Regolamento IVASS n. 5/2006.
7. Dichiaro di essere in possesso ed aver preso visione del fascicolo informativo e delle condizioni del contratto assicurativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell' IVASS, al quale si chiede l'adesione, e di accettarne integralmente le condizioni e di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi delle vigenti norme sulla privacy.
8. di aver preso atto che la polizza non prevede copertura assicurativa per attività con atti invasivi

Nome e Cognome/Ragione sociale *:* _____

Data :_____ **Firma** _____

ALLEGATO 1

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza. La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui al punto 2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

A) Dati Identificativi Medico Proponente:

COGNOME NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA _____

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui al punto 2:

1) Indichi il medico la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 2 del questionario:

□ Informazione di garanzia
□ Atto di citazione
□ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
□ Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
□ Ricevimento di istanza di mediazione
□ Verbale di Identificazione
□ Altro (specificare)_____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per_____
- Altro_____
- Ruolo svolto dall'Assicurato_____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità)_____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento:_____:_____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento:_____
- Età del paziente:_____
- Data dell'evento:_____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato:_____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente:_____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato **Si** □ **No** □
- Percentuale di invalidità attribuita/lamentata al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica:_____%
- Indichi, altresì, il medico eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ali fini della stipula della polizza:

_____

_____

_____

D) Stato del sinistro

1) Precisi il medico se vi sia o meno in corso un **procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento: **Si** □ **No** □

Se si: Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

2) Nel caso in cui il **procedimento penale** relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indichi il medico l'esito dello stesso:

□ Condanna a (specificare)_____

□ Patteggiamento (specificare)_____

□ Assoluzione
□ Proscioglimento
□ Non luogo a procedere
□ Prescrizione
□ Amnistia e indulto
□ Decreto penale di condanna

3) Precisi il medico se sia in corso un **procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

_____

_____

_____

_____

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, precisi il medico esattamente lo stato attuale dello stesso:

_____

_____

_____

_____

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Underwriting Insurance Agency Srl.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome:_____Cognome:_____

Data:_____Firma:_____

ALLEGATO N°2

NO CLAIMS DECLARATION – DICHIARAZIONE ASSENZA SINISTRI

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA deve utilizzare nel caso trascorrano più di trenta giorni dalla data di compilazione del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA alla data dell'ordine fermo, per "rivitalizzare" il QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA precedentemente compilato e per ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

Con la seguente NCD

si dichiara

che le informazioni contenute nel QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA datato _____/____/_____. non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.

Data

_____

Nome e funzione di chi firma

_____

Timbro e firma

_____