

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 PROPOSTA**

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Ultimo aggiornamento: **Marzo 2016**

## Indice

<p>a) Nota Informativa, comprensiva del glossario (Da pag. 3 a pag. 12)</p>	<p>Nota informativa.....3</p> <p>A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....3</p> <p>B. B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO.....4</p> <p>C. C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATI SUI RECLAMI.....9</p> <p>Glossario.....11</p>
<p>b) Condizioni di Assicurazione (Da pag. 15 a pag. 28)</p>	
<p>c) Questionario e modulo di proposta (Pag. 30-31 )</p>	

## 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**

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'art. 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" dal Regolamento IVASS n. 35/2010.

I termini utilizzati nella Nota Informativa assumono il significato definito nell'ambito delle condizioni di assicurazione.

\* \* \* \* \*

### 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'Isvap 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 Financial Services Authority, con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS.
- 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'Isvap 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 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. 55 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2011\* il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 21.808 milioni\*\* ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 18.162 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 1.862 milioni e da riserve centrali di EUR 1.784 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 31.12.2011 era il 2.691%. Tale percentuale è il risultato del rapporto tra il totale degli attivi centrali, ammontanti ad EUR 3.705 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 138 milioni, calcolato in base alla vigente normativa inglese. Gli importi della solvibilità (espressi in sterline inglesi) possono essere letti a pag. 70 del Rapporto Annuale di Lloyd's del 2011\*.

\*Link al Rapporto annuale di Lloyd's del 2011: <http://www.lloyds.com/Lloyds/Investor-Relations/Financial-performance/Annual-Reports/Annual-results-2011>

\*\* Tasso di cambio al 31.12.2011: EUR 1 = GBP 0,8353 (fonte: [www.bancaditalia.it](http://www.bancaditalia.it))

L'aggiornamento annuale delle Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's è consultabile al seguente link: <http://www.lloyds.com/Lloyds/Offices/Europe/L-Italia -in-Italiano/Fascicolo-informativo>( Art. 37, Regolamento ISVAP n. 35/2010).

## **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

Il contratto di assicurazione della RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (d'ora in avanti "contratto di assicurazione") è **stipulato senza tacito rinnovo e termina alla scadenza indicata nel frontespizio di polizza.**

## **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 e' 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.***

**NB: La presente polizza pertanto non copre la responsabilità civile nei confronti dei terzi. Ne deriva – a titolo di mero esempio - che i procedimenti penali o civili o le richieste di risarcimento ricevuti dall'Assicurato NON costituiscono un sinistro ai sensi di polizza e verranno dunque rigettati (cfr. Articole 18)**

**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, 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

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo. Inoltre, **nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza** e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 100% del premio corrispondente all'ultima mansione, e' riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto da almeno un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa annualmente per eventuali azioni nei propri confronti durante il periodo di efficacia della polizza.

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

## **5. Aggravamento e diminuzione del rischio**

Il contratto di assicurazione prevede l'obbligo di comunicare agli assicuratori diminuzioni o aggravamenti del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata, secondo il disposto degli artt. 1897 e 1898 c.c.

Per maggiori dettagli si rimanda al contenuto dell'articolo 2bis 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” (art. 24), in virtù della quale il premi debba essere pagato dall’Assicurato/aderente entro 15 giorni dalla data di adesione.

Le modalita’ 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’ esser 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 relativo alla gestione del Contratto d’Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

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

### **Ufficio Italiano dei Lloyd’s**

All’attenzione del Responsabile dell’ufficio “Regulatory & Compliance”

Corso Garibaldi, 68

20121 Milano

Fax n. 02 63788850

E-mail [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com)

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

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

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

## **14. Arbitrato**

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 ad 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 sarà 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 le 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 ed 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.

La 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

**Assicuratori:** Alcuni Sottoscrittori dei 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 ad animali, alla salute o biologici nonché il danno morale, 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 con sentenza definitiva della Corte dei Conti.

**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.

**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 (con esclusione del tacito rinnovo) 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_COMPLESSIVO»	«ACCESSORI_COMPLESSIVO»	«IMPONIBILE_COMPLESSIVO»	«IMPOSTE_COMPLESSIVO»	«PREMIO_LORDO_COMPLESSIVO»

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 concordato con l'intermediario, nel rispetto della normativa vigente.

Premio Netto	Accessori.	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata «PREMIO_NETTO_FRAZIONATO»	«ACCESSORI_FRAZIONATO»	«IMPONIBILE_FRAZIONATO»	«IMPOSTE_FRAZIONATO»	«PREMIO_LORDO_FRAZIONATO»

Modalità del pagamento del Premio e eventuali regolazioni: «DESCRIZIONE\_FRAZ»

Numero totale di pagine allegate: «TOTALE\_PAGINE\_ALLEGATE»

Data	Il Corrispondente dei Lloyd's	L'Assicurato o il Contraente	Vittorio Scala 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



<b>1)Assicurato:</b>	Il Contraente/Assicurato indicato nel Modulo
<b>2)Categoria assicurata:</b>	Quelle di cui all'art. 25
<b>3)Ente di appartenenza:</b>	Quello indicato dall'Assicurato
<b>4)Massimale di Garanzia:</b>	Euro 5.000.000,00 per sinistro ed in aggregato più 25% del massimale per i costi di difesa previsti da art. 1917 del c.c.
<b>5)Periodo di assicurazione:</b>	il periodo riportato nel modulo in "Durata dell'Assicurazione".
<b>6)retroattività:</b>	<p>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.</p> <p>10 anni</p>
<b>7) Limiti Territoriali:</b>	<p>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 dall'Italia, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.</p>
<b>8) Broker:</b>	
<b>9) Coverholder:</b>	

## 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 2bis AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DI RISCHIO**

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

indicata nella Scheda di Copertura.

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

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

### **Articolo 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.

<b>Contraente</b>	L'Assicurato
<b>Assicurato</b>	Tutto il personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
<b>Assicuratori</b>	Alcuni sottoscrittori dei Lloyd's
<b>Broker/Agente di Assicurazioni</b>	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
<b>Corrispondente dei Lloyd's</b>	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura, debitamente accreditata dai Lloyd's in questa qualità.
<b>Struttura sanitaria pubblica</b>	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico.
<b>Danno/Danni</b>	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni ad animali, alla salute o biologici nonché il danno morale, compresi danni ad essi consequenziali
<b>Perdite Patrimoniali</b>	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
<b>Massimale</b>	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.

**Periodo di osservazione:**

Quel periodo di tempo decorrente dalla data di scadenza del periodo di assicurazione, durante il quale potrà essere notificata per iscritto agli Assicuratori qualsiasi richiesta di risarcimento presentata per la prima volta contro l'Assicurato durante detto periodo di tempo, in seguito a danni verificatisi prima dell'inizio del periodo di osservazione e comunque coperti dal presente certificato.

**Richiesta di risarcimento**

Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- ✦ 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 con sentenza definitiva della Corte dei Conti.

**Sinistro**

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

**Loss Adjuster**

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

**Certificato**

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

**Modulo e Scheda di Copertura**

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

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

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18).

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 e dichiarate nel Modulo di adesione, 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.

## 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.

## 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 fruiscano 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, previsto dalle norme di legge;
- 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 (*punitive or exemplary damages*);
- 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 verificano 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.
- 10.2.19 Derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze, o abusi sessuali e similari violazioni di diritti della persona
- 10.2.20 Derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.
- 10.2.21 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 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**

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 100% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare annualmente la copertura assicurativa per eventuale azioni nei propri confronti relativamente a fatti verificatisi durante il periodo di efficacia del presente Certificato.

Tuttavia, nel caso in cui l'Assicurato avesse notificato un sinistro o una circostanza durante il Periodo di efficacia del presente Certificato, o in precedenti annualità dello stesso, non avrà diritto ad acquistare un Periodo di Osservazione con le modalità suddette. Tuttavia l'Assicurato avrà il diritto, entro 30 giorni dalla fine del periodo di durata del Certificato, di richiedere all'Assicuratore l'offerta per un Periodo di Osservazione. L'Assicuratore si riserverà il diritto di offrire un Periodo di Osservazione con i termini, le condizioni ed il Premio che riterrà opportuni, secondo criteri ragionevoli.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun sinistro potrà esser loro denunciato.

Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 18 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

### **Articolo 13 Variazioni legali del rischio**

Fermo restando quanto previsto dall'art. 2bis (Aggravamento e Diminuzione 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 del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'Assicurato presso la struttura sanitaria pubblica come indicata nella Scheda di Copertura, 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 agli Assicuratori, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate

convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

#### **Articolo 15 Oneri fiscali**

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

#### **Articolo 16 Risoluzione annuale**

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

#### **Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio**

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

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

#### **Articolo 18 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

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.**

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

L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di Sinistro può comportare la perdita del diritto all'indennità ovvero la riduzione dell'indennizzo liquidabile secondo quanto previsto

dall'art. 1915 c.c.

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.

#### **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, determinato come segue:

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nel certificato ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ciascun contraente dovrà altresì 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 (numero di fax indicato nella lettera accompagnatoria disponibile on line), e corrispondere il premio dovuto.

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 15 giorni dalla data di conferma della copertura e il presente contratto sia stato firmato in ogni sua parte e inviato al proponente entro 30 giorni dalla ricezione dello stesso .

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) 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, verterà restituito.

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Convenzione,

l'assicurando dichiarare 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.

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      PREMIO**

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

<b>CATEGORIA ASSICURATIVA</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>PREMIO ANNUO LORDO</b>
A	Dirigente Medico e Veterinario	€ 470,00
B	Medici convenzionati e contrattisti	€ 370,00
C	Dirigente Sanitario non medico	€ 320,00
D	Medici specialisti in formazione	€ 320,00
E	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale	€ 180,00
F	Componenti Comitato Etico	€ 180,00
G	Quadri sanitari / altro personale sanitario	€ 70,00
H	Restante personale non sanitario	€ 50,00
I	Dirigenti Infermieristici	€ 90,00

**Tariffa riferita a:**

**RETROATTIVITA' 10 anni**

**MASSIMALE: Euro 5.000.000**

## CLAUSOLA DI RESPONSABILITÀ DISGIUNTA

**ATTENZIONE** contiene informazioni importanti **SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE**

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 dei Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato dei 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, Lime Street 1, Londra EC3M 7HA. L'identità di ciascun membro di un Sindacato dei Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere richieste al Market Services dei Lloyd's, all'indirizzo sopra menzionato.

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.

LMA5098

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

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

Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato  
Articolo 4 Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)  
Articolo 10 Esclusioni (in particolare quelle dell'Assicurazione claims made – 10.1)  
Articolo 16 Risoluzione annuale  
Articolo 17 Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)  
Articolo 18 Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)  
Articolo 19 Facoltà di recesso in caso di sinistro  
Articolo 22 Clausola Broker  
Clausola Lloyd's di responsabilità disgiunta

**Articolo 1 Dichiarazioni dell'Assicurato**  
**Articolo 4 Forma dell'assicurazione ("Cla**  
**Articolo 9 Esclusioni (in particolare quell**  
**9.1)**  
**Articolo 15 Modalità della proroga autom**  
**Articolo 16 Coesistenza di altre assicurazi**  
**Articolo 17 Denuncia dei sinistri (esclusi**  
**cessazione del Periodo di Assi**  
**Articolo 18 Facoltà di recesso in caso di si**  
**Articolo 21 Clausola Broker**

**L'ASSICURATO**

ALLEGATO A

POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE Colpa Grave 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 \_\_\_\_\_.

Carica precedentemente ricoperta	Azienda

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE COLPA GRAVE

con decorrenza dal ..... al \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza convenzione stipulata con Arch Underwriting Syndicate 2012 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) ha compreso le esclusioni di polizza di cui all'art. 10
- D) 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 dichiara inoltre di non essere a conoscenza di 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, o che potrebbero ragionevolmente darvi luogo, a seguito di formale notizia, segnalazione o anticipazione ricevuta dall'Azienda di appartenenza e/o dalla Corte dei Conti precedentemente alla data di stipula del presente contratto.

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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made",
- C) Esclusioni di polizza

- D) **Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.**

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**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**

**Il Contraente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_