

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE COLPA GRAVE AVANTI ALL'ERARIO DEL MEDICO OSPEDALIERO

**IL PRESENTE SET INFORMATIVO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO.**

SET INFORMATIVO\_MEDICI\_COLPA\_GRAVE\_032020  
(PO\_MEDICI\_COLPA\_GRAVE\_032020)

# Assicurazione della responsabilità civile patrimoniale

Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni



TOKIO MARINE  
HCC

**Assicuratore: Tokio Marine Europe, S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (nome commerciale Tokio Marine HCC)**

**Prodotto: RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE DEL PERSONALE MEDICO/SANITARIO/NON SANITARIO DIPENDENTE PUBBLICO PER COLPA GRAVE**

Questa assicurazione è sottoscritta da Tokio Marine Europe S.A., società parte del Gruppo Tokio Marine HCC. Tokio Marine Europe S.A. è autorizzata dal Ministro delle Finanze del Lussemburgo e regolamentata dal "Commissariat aux Assurances (CAA)" e iscritta nel "Registre de commerce et des sociétés, Luxembourg" con il numero B221975 e con sede legale a 26, Avenue de la Liberté, L-1930, Lussemburgo. Partita IVA Lussemburgo: LU30347978. Tokio Marine Europe S.A. opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta nell'Elenco in appendice all'Albo delle imprese tenuto da IVASS, con il n. I.00152. Opera attraverso la sua Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta come Tokio Marine Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Largo Toscanini Arturo, 1, 20122 Milano, Italia. Codice fiscale, Partita IVA e n. d'iscrizione presso il Registro delle Imprese di Milano n.10538810960 e n. REA 2540339. PEC: [tokiomarineeuropa@legalmail.it](mailto:tokiomarineeuropa@legalmail.it)

ULTIMO AGGIORNAMENTO 01/03/2020

La seguente sintesi non contiene tutti i termini e le condizioni del contratto che si trovano nella documentazione di polizza.

## Che tipo di assicurazione è?

Polizza di responsabilità civile patrimoniale che garantisce le richieste di risarcimento inoltrate al Personale medico, sanitario e non sanitario, dipendente/contrattista pubblico durante lo svolgimento del loro incarico con formula claims made.



### Che cosa è assicurato?

- ✓ Le attività coperte sono tutte quelle consentite dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione per il Personale medico, sanitario e non sanitario dipendente/contrattista pubblico, che vengono dichiarate nel questionario, tranne quanto espressamente escluso dalle condizioni di polizza.

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia alle condizioni di polizza.

- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia copre 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.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale, sottolimito).



### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Danni derivanti da dolo e frode dell'Assicurato.
- ✗ Attività diversa da quella/e indicata/e nel questionario/modulo di proposta.
- ✗ Danni derivanti da inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo.
- ✗ per tutte le obbligazioni di natura fiscale, per contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni esemplari o danni multipli inflitti direttamente all'Assicurato.
- ✗ Danni causati da guerra, terrorismo ed eventi naturali.
- ✗ Danni causati da furto, incendio, esplosione, scoppio, radiazioni.
- ✗ Attività di libera professione
- ✗ Danni derivanti da ingiuria, diffamazione e violazione dell'obbligo del segreto professionale.
- ✗ Danni derivanti da muffa tossica o amianto.

In nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si espongano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia alle condizioni di polizza.



## Ci sono limiti di copertura?

- ! Gli Assicuratori risarciscono i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale, sottolimito).
- ! Franchigie e scoperti restano a carico dell'Assicurato.
- ! Gli assicuratori hanno diritto a recuperare dall'Assicurato le somme pagate ai terzi danneggiati (rivalsa) principalmente in caso di per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti.
- ! Gli Assicuratori non rispondono per richieste di risarcimento derivanti da:  
Circostanze già note all'Assicurato prima della decorrenza di polizza; fatti commessi prima della data di retroattività; attività abusive o non consentite e attività svolte senza le autorizzazioni e requisiti richiesti dalle competenti Autorità o dalle leggi vigenti; proprietà, possesso, 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; cyber liability.

Per l'elenco completo delle limitazioni si rinvia alle condizioni di polizza.



## Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale per i rischi ubicati in Italia, con estensione territoriale all'Italia o Unione Europea.



## Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di compilare il questionario con dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della compagnia, del diritto di rivalsa totale o parziale nei tuoi confronti per i danni pagati ai terzi danneggiati.
- Comunicare l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- Comunicare l'eventuale cessazione del rischio.
- Pagare il premio di polizza.
- Denunciare l'eventuale sinistro nelle modalità e nei tempi indicati nelle condizioni di polizza.



## Quando e come devo pagare?

Pagamento a LIMESTREET – L.S. SRL o all'intermediario autorizzato:

Il premio è da pagare a LIMESTREET – L.S. SRL. Il pagamento all'intermediario indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale intermediario abbia ricevuto idonea autorizzazione da LIMESTREET – L.S. SRL.

Il pagamento può avvenire con Bonifico bancario, Assegno non trasferibile, Contanti, secondo i limiti imposti dalle vigenti disposizioni di legge e successive modifiche.

Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza concordata ed indicato in polizza.

In caso di frazionamento semestrale le rate vanno pagate alle scadenze semestrali stabilite.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

A seguito del pagamento del premio, l'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza e cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24 del giorno indicato in polizza. Non è previsto periodo di mora.



## Come posso disdire la polizza?

Non è richiesta comunicazione di disdetta del contratto.

# Assicurazione della responsabilità civile patrimoniale



Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni  
(DIP aggiuntivo Danni)

Assicuratore: Tokio Marine Europe, S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (nome commerciale Tokio Marine HCC)

Prodotto: RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE DEL PERSONALE

MEDICO/SANITARIO/NON SANITARIO DIPENDENTE PUBBLICO PER COLPA GRAVE

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 032020

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

**Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.**

**Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

Questa assicurazione è sottoscritta da Tokio Marine Europe S.A., società parte del Gruppo Tokio Marine HCC. Tokio Marine Europe S.A. è autorizzata dal Ministro delle Finanze del Lussemburgo e regolamentata dal "Commissariat aux Assurances (CAA)" e iscritta nel "Registre de commerce et des sociétés, Luxembourg" con il numero B221975 e con sede legale a 26, Avenue de la Liberté, L-1930, Lussemburgo. Partita IVA Lussemburgo: LU30347978. Tokio Marine Europe S.A. opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta nell'Elenco in appendice all'Albo delle imprese tenuto da IVASS, con il n. I.00152. Opera attraverso la sua Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta come Tokio Marine Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Largo Toscanini Arturo, 1, 20122 Milano, Italia. Codice fiscale, Partita IVA e n. d'iscrizione presso il Registro delle Imprese di Milano n.10538810960 e n. REA 2540339. PEC: [tokiomarineeurope@legalmail.it](mailto:tokiomarineeurope@legalmail.it)  
Il sito internet è: [www.tmhcc.com](http://www.tmhcc.com)  
Telefono: +39 02 87387741

In base ai dati riferiti all'ultimo bilancio approvato al 31.12.2022, il patrimonio netto è di Euro 207.625.416 di cui il capitale sociale ammonta a Euro 1.085.540 e il sovrapprezzo azioni ammonta a Euro 216.565.058. Il requisito patrimoniale di solvibilità è pari a Euro 169,3 milioni, il requisito patrimoniale minimo è pari a Euro 42,3 milioni e i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a Euro 207,6 milioni. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al 123%. Si precisa che tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. Si rinvia alla relazione di solvibilità e alla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet della impresa [www.tmhcc.com](http://www.tmhcc.com)

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

Le condizioni contrattuali prevedono che gli assicuratori assumano, fino a quando ne abbiano interesse, la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando ove necessario, legali e/o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. Le spese legali sopportate per assistere e difendere l'Assicurato sono a carico dell'Impresa fino al 25% del massimale concordato in polizza.

### Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento</b>	Qualora l'Assicurato cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o cancellazione dall'albo professionale per motivi disciplinari) è possibile richiedere una copertura postuma relativa a fatti verificatisi durante il periodo di assicurazione e comunque non precedenti al periodo di retroattività. In caso di morte dell'Assicurato, la copertura deve essere richiesta dagli eredi.
<b>Estensioni</b>	RESPONSABILI DI STRUTTURA/PRIMARI ESTENSIONE TERRITORIALE UNIONE EUROPEA



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che con "Circostanze Note" (che escludono il sinistro conseguente dall'assicurazione) si intendono: qualsiasi fatto, circostanza e situazione (quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini) che potrebbe determinare in futuro (o abbia, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato e che sia stato in ogni modo portato a conoscenza dell'Assicurato.



## Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

**Denuncia di sinistro:** Ad integrazione delle informazioni già fornite nel DIP Danni si precisa quanto segue.

La denuncia di sinistro (da farsi entro 10 giorni da quando si è avuta conoscenza del sinistro stesso) deve contenere:

- la data e la narrazione del fatto;
- l'indicazione delle cause e delle conseguenze;
- il nome e il domicilio dei danneggiati;
- ogni altra notizia utile per l'Impresa.

e deve essere trasmessa, a: LIMESTREET – L.S. SRL – Via Mac Mahon 33 – 20155 Milano, email: [claims@limestreet.it](mailto:claims@limestreet.it), [sinistrilimestreet@pec.it](mailto:sinistrilimestreet@pec.it)

Alla denuncia deve far seguito, con urgenza, la trasmissione dei documenti e degli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro e una relazione confidenziale sui fatti.

	<b>Assistenza diretta / in convenzione:</b> non prevista.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.
	<b>Prescrizione:</b> 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.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare l'annullamento del Contratto se derivanti da dolo o colpa grave o la facoltà di recesso da parte dell'Assicuratore se non sussiste dolo o colpa grave.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	Gli assicuratori si impegnano a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 45 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che: - il pagamento dell'intero premio annuale è alla firma; - è possibile ottenere il frazionamento semestrale del premio per importi superiori a € 5.000,00.
<b>Rimborso</b>	- L'Assicurato ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto degli oneri fiscali che per legge restano a suo carico nell'ipotesi di esercizio del diritto di ripensamento previsto nei casi di acquisto a distanza della copertura. - L'Assicurato ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto degli oneri fiscali che per legge restano a suo carico nell'ipotesi di cessazione definitiva dell'attività (cessazione dell'incarico/pensione/quiescenza e cancellazione dall'albo) e in caso di morte, solo se l'assicurato o i suoi eredi non intendono acquistare il maggior periodo per la notifica delle richieste di risarcimento.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Sospensione</b>	Non è prevista.



### Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	- L'Assicurato, in caso sia un consumatore (come definito dal D.lgs 206 del 2005) ed il contratto sia stato venduto a distanza, ha tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso senza alcuna motivazione.
<b>Risoluzione</b>	Non prevista.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai medici, operatori sanitari non medici e al personale amministrativo in qualità di dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per colpa grave nello svolgimento della loro attività professionale.



## Quali costi devo sostenere?

Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni medie riconosciute all'intermediario che sono pari al 12% del premio imponibile.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>I reclami dovranno essere inoltrati per iscritto a: <b>Tokio Marine Europe, S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia</b> <b>Largo Toscanini Arturo 1</b> <b>20122, Milano (Italia)</b> <a href="mailto:tokiomarineeuropa@legalmail.it">tokiomarineeuropa@legalmail.it</a></p> <p>I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.</p> <p>L'Assicuratore, ricevuto il reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.</p> <p>L'Assicuratore manterrà l'Assicurato costantemente aggiornato e questi avrà diritto di conoscere la persona che gestisce il reclamo con la possibilità di contattarla direttamente per qualunque richiesta di chiarimenti o informazioni.</p> <p>Al termine dell'esame del reclamo, l'Assicuratore informerà l'Assicurato per iscritto della decisione assunta in merito al reclamo spiegando le ragioni alla base della decisione sia nel caso d'accoglimento sia nel caso di rigetto del reclamo</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel.: +39 06 <b>42021 095 (chiamate dall'estero)</b> Fax : +39 06 42133 206 PEC: <a href="mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it">tutela.consumatore@pec.ivass.it</a> PEC generale dell'IVASS: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a></p> <p>Il sito IVASS <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p> <p>I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela, copia dell'eventuale reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.</p> <p>In aggiunta, se il reclamante ha domicilio in Italia, è in ogni caso possibile rivolgere reclami all'IVASS richiedendo l'apertura della procedura FIN-NET per le liti transfrontaliere. L'IVASS interesserà l'autorità aderente al sistema FIN-NET dello Stato membro dove la Compagnia di assicurazione ha la sua sede legale (Lussemburgo).</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98)

<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
<b>Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie</b>	<p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, è possibile presentare direttamente il reclamo al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto, o all'IVASS, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p> <p>Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che può essere consultato sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>.</p> <p><b><u>RISOLUZIONE ONLINE DELLE CONTROVERSIE</u></b></p> <p>Se avete acquistato questa Polizza di assicurazione online o attraverso un qualunque mezzo elettronico di comunicazione nell'ambito dell'Unione Europea, potete presentare un reclamo attraverso la piattaforma per la risoluzione online delle controversie dell'Unione Europea. Al ricevimento del vostro reclamo, la piattaforma lo trasmetterà direttamente a un organismo locale di risoluzione delle controversie. Questo procedimento è gratuito e realizzato interamente online. Potete accedere alla piattaforma attraverso questo link <a href="http://ec.europa.eu/odr">http://ec.europa.eu/odr</a></p>

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**



## ASSICURAZIONE COLPA GRAVE AVANTI ALL'ERARIO DEL MEDICO OSPEDALIERO

### 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.**

### ASSICURAZIONE COLPA GRAVE AVANTI ALL'ERARIO DEL MEDICO OSPEDALIERO

Stipulata fra il **Contraente come identificato sul Modulo di Adesione** e gli Assicuratori.

La seguente assicurazione viene rilasciata a favore del Contraente che abbia corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- POLIZZA COLPA GRAVE AVANTI ALL'ERARIO DEL MEDICO OSPEDALIERO

### CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

#### Art. 1) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO E AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Nel caso di variazioni che aggravano il rischio l'Assicurato ha l'obbligo di informare sollecitamente per iscritto gli Assicuratori. Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti del rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, purché tali omissioni od inesattezze non siano frutto di dolo.

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente Polizza, gli Assicuratori rinunciano al diritto di recesso di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e l'Assicurato si impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

#### Art. 2) CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Nel caso di cessazione dei rischi assicurati gli assicuratori e/o l'assicurato potranno recedere dalla presente polizza mediante invio di lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC o tramite l'intermediario, da inviarsi entro il termine del periodo di assicurazione.

A parziale deroga dell'Art. 1896 del Codice Civile, nel caso di cessazione dei rischi assicurati con la presente polizza, gli Assicuratori rimborseranno il rateo di premio imponibile relativo alla parte non goduta del periodo di assicurazione.

L'eventuale rimborso sarà corrisposto all'assicurato entro 30 giorni dalla comunicazione della cessazione dell'Assicurazione.

Richieste di risarcimento fraudolente - Clausola risolutiva espressa: il presente contratto sarà automaticamente risolto senza alcuna restituzione di premio, fermo restando il diritto degli assicuratori alla rivalsa contro l'assicurato per indennizzi già effettuati.

La polizza si intende nulla e senza effetto alla data della sospensione/cancellazione/revoca/radiatione dall'albo e nessun rimborso del premio sarà dovuto.

#### Art. 3) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 (trenta) giorni mediante lettera raccomandata o comunicazione a mezzo PEC, o tramite l'intermediario, il premio pagato rimarrà in ogni caso acquisito dagli Assicuratori.

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

#### **Art 4) VARIAZIONI ALLA POLIZZA**

Qualunque variazione o modifica della presente polizza deve risultare da apposita appendice sottoscritta dalle Parti.

#### **Art. 5) FORO COMPETENTE**

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.

#### **Art. 6) NORME DI LEGGE**

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

### **CONDIZIONI PARTICOLARI**

#### **Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato**

Con la firma del Modulo di Adesione il Contraente dichiara:

1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, 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.

#### **Art. 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 Adesione.

#### **Art. 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.

<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
<b>Assicuratori:</b>	Tokio Marine Europe S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia;
<b>Broker/Agente di Assicurazioni:</b>	la Società d'intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
<b>Certificato:</b>	il documento di conferma dell'avvenuta messa in copertura.
<b>Contraente:</b>	il soggetto che stipula l'Assicurazione. Può coincidere con l'ASSICURATO.
<b>Danno/Danni:</b>	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
<b>Intervento invasivo:</b>	quell'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, sia ai fini diagnostici che terapeutici;
<b>Massimale:</b>	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuta 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 che delle persone danneggiate.

<b>Modulo di Adesione:</b>	il documento, mediante il quale il Contraente dichiara di voler sottoscrivere la presente polizza.
<b>Perdite Patrimoniali:</b>	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
<b>Periodo di Assicurazione:</b>	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.
<b>Periodo di Efficacia:</b>	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.
<b>Richiesta di risarcimento:</b>	l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
<b>Sinistro:</b>	la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
<b>Struttura sanitaria pubblica:</b>	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico.

#### **Art. 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 nessun sinistro potrà essere loro denunciato (si vedano gli articoli 8.1 e 15).

Il Periodo di Retroattività è indicato nella Scheda di Copertura.

#### **Art. 5 - Oggetto dell'assicurazione**

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, 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 al precedente articolo 4 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di 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.

#### **Art. 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; nell'ambito di tale importo, le spese relative al cosiddetto "invito a dedurre" promosso dalla Corte dei Conti vengono corrisposte fino alla concorrenza di Euro 10.000,00.

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze 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 essa designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, né delle spese di giustizia penale.

Si precisa che, qualora il fiduciario legale degli Assicuratori 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 agli Assicuratori che procederanno direttamente al recupero delle somme indicate in sentenza.

## Art. 7 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le attività professionali svolte in Italia, San Marino e Città del Vaticano.

E' facoltà degli Assicuratori concedere, dietro pagamento del relativo sovra premio, estensione per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in Unione Europea.

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 e/o davanti alla giurisdizione italiana. 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.

## Art. 8 - Esclusioni

**8.1** 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) 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) Sinistri di colpa grave come definiti in questa polizza (Art. 3 (Condizioni Particolari) DEFINIZIONI, "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro") già notificati ad altri assicuratori.

**8.2** Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a) 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;
- b) Attribuibili **ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo**;
- c) Riconducibili **ad attività abusive, o non consentite, o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti** vigenti al momento del fatto dannoso;
- d) Per danni derivanti **dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato**;
- e) Basate **sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato**;
- f) Derivanti da **violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione**;
- g) 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);
- h) Relative a **perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio**;
- i) 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**;
- j) Conseguenti a **inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale**;
- k) Che **si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo**; oppure **in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche**, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- l) 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**;
- m) Derivanti **da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente**;
- n) Che **abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico**, oppure **abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere e medico**.
- o) Causati da, connessi o conseguenti in tutto od in parte allo svolgimento di altre mansioni e/o incarichi rispetto alla mansione e/o incarico indicato nel Modulo/Scheda di copertura.
- p) Causati da, connessi o conseguenti in tutto od in parte allo svolgimento di mansioni e/o incarichi presso Enti diversi da quelli indicati nel Modulo/Scheda di copertura.
- q) Causati da, connessi o conseguenti in tutto od in parte allo svolgimento di mansioni e/o incarichi cessati precedentemente al PERIODO DI ASSICURAZIONE, salvo espressa deroga indicata nel Modulo/Scheda di copertura.
- r) Causati da, connessi o conseguenti in tutto od in parte ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato.

## Art. 9 - Surrogazione

Per ogni pagamento effettuato a termini di questo contratto per effettivi o presunti atti od omissioni dolosi o fraudolenti gli ASSICURATORI si surrogano 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.

#### **Art. 10 - Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale - Protezione di eredi e tutori - Postuma**

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato e da lui denunciate agli Assicuratori durante il periodo di efficacia del contratto, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

In caso di cessazione volontaria dell'attività, l'Assicurato avrà facoltà di richiedere agli Assicuratori, con comunicazione scritta ed inviata almeno 30 (trenta) giorni prima dalla scadenza della polizza, la proroga della garanzia (postuma), in caso di accettazione gli Assicuratori proporranno durata ed il relativo sovra premio, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta.

Nel caso di morte dell'Assicurato i suoi aventi causa avranno facoltà di richiedere agli Assicuratori, con comunicazione scritta ed inviata non oltre 30 (trenta) giorni dal verificarsi dell'evento, la proroga della garanzia (postuma), in caso di accettazione gli Assicuratori proporranno durata ed il relativo sovra premio, per tutte le richieste di risarcimento che si riferiscano a negligenze od errori verificatisi prima della cessazione dell'attività ma non prima della data di retroattività convenuta.

Il Massimale indipendentemente dal numero delle Richieste di Risarcimento notificate nel periodo di proroga della garanzia (postuma), non potrà superare il Massimale indicato nel Certificato.

#### **Art. 11 - Variazioni legali del rischio**

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

#### **Art. 12 - Periodicità e mezzi di pagamento del PREMIO**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel certificato/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. Ove previsto, il premio potrà essere pagato agli assicuratori tramite l'intermediario. Il pagamento del premio eseguito in buona fede all'intermediario, si considera effettuato direttamente agli assicuratori ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs. 209/2005.

Se l'assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° 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 gli Assicuratori in Milano, oppure ad LIMESTREET – L.S. SRL che gestisce il contratto entro 30 giorni dalla data in cui è dovuto, gli Assicuratori hanno diritto di annullare il contratto dalla data di inizio.

Il premio è dovuto con periodicità annuale ed il relativo pagamento potrà essere effettuato solo a mezzo bonifico bancario o assegno circolare.

#### **Art. 13 – Modalità di determinazione del PREMIO**

Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa dell'Attività professionale svolta dall'Assicurato, coerentemente con la qualifica ricoperta dall'Assicurato stesso, è quello risultante dalla tabella qui sotto riportata, ma sempre soggetto alla riconferma degli Assicuratori:

Categorie di rischio:	Premio Lordo Annuo:
1. Tutte le professioni sanitarie non mediche	€ 80,00
2. Tecnici di radiologia	€ 130,00
3. Ostetrici	€ 290,00
4. Dirigente medico	€ 480,00
5. Medico in formazione specialistica/specializzando	€ 330,00
6. Dirigente o quadro sanitario NON medico	€ 280,00

I premi indicati sono validi per coloro che al momento dell'adesione non hanno dichiarato sinistri e/o circostanze verificatesi negli ultimi 5 anni. In presenza di sinistri e/o circostanze la quotazione è riservata alla Direzione degli Assicuratori.

#### **Art. 14 - Oneri fiscali**

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

#### **Art. 15 – Durata dell'Assicurazione**

Non è richiesta comunicazione di disdetta del contratto. L'Assicurazione cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24 del giorno indicato nel Modulo/Scheda di copertura e non è previsto periodo di mora. Gli Assicuratori si riservano di valutare la riassunzione del rischio previa presentazione del Questionario/Modulo di proposta.

#### **Art. 16 - 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.

#### **Art. 17 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori. Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro il Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e l'articolo 8.1).*

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 16, 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.

Gli assicuratori hanno facoltà di assumere fino a quanto ne hanno interesse la gestione della vertenza, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, designando legali o tecnici. Gli assicuratori, qualora assumano la gestione della vertenza, si impegnano ad anticipare i costi e le spese sostenute anche 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 del presente contratto.

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.

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### **Art. 18 - Facoltà di recesso in caso di vendita a distanza**

Diritto di recesso in caso di vendita a distanza: in caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a LIMESTREET – L.S. SRL Via Mac Mahon 33 20155 Milano o comunicazione a mezzo PEC a [limestreet@pec.it](mailto:limestreet@pec.it). In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto

**Art. 19 - Forma delle comunicazioni - Variazioni del contratto**

Le comunicazioni relative a questo contratto, devono essere fatte per iscritto.

**Art. 20 - 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.

**Art. 21 - Clausola Broker (OPERANTE ESCLUSIVAMENTE SE L'INTERMEDIARIO OPERI IN SEZIONE B DEL RUI)**

Con la sottoscrizione della presente polizza l'assicurato/contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata nel certificato/scheda di copertura di rappresentarlo ai fini della presente polizza.

Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al broker da LIMESTREET – L.S. SRL si considererà come effettuata al contraente/assicurato;
- b) ogni comunicazione effettuata dal broker del contraente/assicurato a LIMESTREET – L.S. SRL si considererà come effettuata dal contraente/assicurato stesso.

Gli assicuratori conferiscono alla Società LIMESTREET – L.S. SRL l'incarico di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza.

Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata a LIMESTREET – L.S. SRL si considererà come effettuata agli assicuratori;
- b) ogni comunicazione effettuata da LIMESTREET – L.S. SRL si considererà come effettuata dagli assicuratori.

**Art. 22 – Elezione di domicilio**

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, gli assicuratori eleggono domicilio presso:

LIMESTREET – L.S. SRL  
Via Mac Mahon 33 – 20155 Milano  
Tel 02.45397056 – Fax 02.42108441  
claims@limestreet.it - sinistrilimestreet@pec.it

**Art. 23 – Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni**

Nessun (ri) assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri) assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe il (ri) assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

**Il Contraente**

Autorizzato a firmare per conto di Tokio Marine Europe, S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia

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 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 8	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1)
Articolo 9	Surrogazione
Articolo 15	Durata dell'assicurazione
Articolo 17	Obblighi in caso di sinistro
Articolo 21	Clausola Broker (operante esclusivamente se l'intermediario operi in sezione b del rui)
Articolo 22	Elezione di Domicilio
Articolo 23	Clausola di limitazione ed esclusione sulle sanzioni

Il Contraente



## INFORMATIVA PRIVACY PER GLI ASSICURATI – PROTEZIONE DATI PERSONALI

L'Assicuratore rispetta il diritto alla privacy degli Assicurati. Nella nostra Politica sulla Privacy (disponibile all'indirizzo <https://www.tmhcc.com/en/legal/privacy-policy>) spieghiamo chi siamo, in che modo raccogliamo, condividiamo e utilizziamo le informazioni personali degli Assicurati, e in che modo gli Assicurati possono esercitare il proprio diritto alla privacy. In caso di qualunque domanda o dubbio sull'utilizzo da parte nostra delle loro informazioni personali, gli Assicurati possono contattarci all'indirizzo [DPO@tmhcc.com](mailto:DPO@tmhcc.com).

Possiamo raccogliere informazioni personali come nome, indirizzo di posta elettronica, indirizzo postale, numero di telefono, sesso e data di nascita. Abbiamo bisogno delle informazioni personali degli Assicurati per stipulare e dare esecuzione al contratto di assicurazione. Conserviamo le informazioni personali che riceviamo quando, ai fini della prestazione dei nostri servizi, abbiamo l'esigenza e siamo legittimati a fare ciò.

Possiamo comunicare le informazioni personali degli Assicurati a:

- Le **società del nostro gruppo**;
- **Fornitori di servizio terzi e partner** che ci forniscono servizi di elaborazione dati o che altrimenti elaborano le informazioni personali per le finalità descritte nella nostra Politica sulla Privacy, come verrà comunicato agli Assicurati quando raccogliamo le loro informazioni personali;
- Qualunque **competente organo di polizia, agenzia di vigilanza o governativa, tribunale o altra parte terza**, quando riteniamo che la comunicazione sia necessaria (i) ai sensi di una legge o normativa applicabile, (ii) per accertare, esercitare o difendere i nostri diritti, o (iii) per proteggere gli interessi vitali degli Assicurati o quelli di qualunque altra persona;
- Un **potenziale acquirente** (e ai suoi agenti e consulenti) in relazione al possibile acquisto, fusione o acquisizione di qualunque parte della nostra attività, a condizione di informare l'acquirente che deve utilizzare le informazioni personali degli Assicurati unicamente per le finalità comunicate nella nostra Politica sulla Privacy e nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679; o
- **Qualunque altra persona con il consenso dell'Assicurato** alla comunicazione.

Le informazioni personali degli Assicurati possono essere trasferite verso, ed elaborate in, paesi diversi dal paese di residenza degli Assicurati stessi. Tali paesi possono avere leggi sulla protezione dei dati diverse da quelle del paese degli Assicurati. Trasferiamo dati all'interno del gruppo societario Tokio Marine in virtù del nostro Contratto Infragrupo di Trasferimento dei Dati, che comprende le Clausole Contrattuali Standard dell'Unione Europea.

Utilizziamo misure tecniche ed organizzative adeguate a proteggere le informazioni personali che raccogliamo e trattiamo. Le misure che utilizziamo sono pensate per offrire un livello di sicurezza adatto al rischio derivante dal trattamento delle informazioni personali.

Gli Assicurati hanno diritto di sapere quali dei loro dati sono in nostro possesso e di effettuare quella che viene denominata una **Richiesta di Accesso del Soggetto Interessato**. Essi hanno inoltre diritto di richiedere che i loro dati vengano **corretti** per fare sì che i dati in nostro possesso siano accurati. In determinate circostanze essi godono di altri diritti relativi alla protezione dei dati, come ad esempio quello di **richiedere la cancellazione, opporsi al trattamento, limitare il trattamento** e in alcuni casi **richiedere la portabilità**. Ulteriori informazioni sui diritti degli Assicurati sono riportate nella nostra Politica sulla Privacy.

Gli Assicurati potranno chiederci in qualunque momento **di interrompere l'invio da parte nostra di comunicazioni di marketing**. Essi potranno esercitare tale diritto cliccando sul link "annulla l'iscrizione" o "opt-out" nelle mail di marketing che inviamo. Analogamente, se abbiamo raccolto e trattato informazioni personali con il consenso degli Assicurati, questi potranno **ritirare il proprio consenso** in qualunque momento. L'aver ritirato il proprio consenso non modificherà la legittimità di qualunque trattamento che abbiamo effettuato prima di tale decisione, e non avrà influenza sul trattamento delle informazioni personali effettuato in virtù di un fondamento giuridico diverso rispetto al consenso del titolare dei dati. Gli Assicurati **hanno diritto di presentare reclamo a un'autorità di controllo per la protezione dei dati** riguardo la nostra raccolta e utilizzo delle loro informazioni personali.

Data:

ASSICURATO  
(Timbro e Firma)

Autorizzato a firmare per conto di Tokio Marine  
Europe, S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia



Questionario per la richiesta di quotazione dell'assicurazione  
**Colpa grave avanti all'erario del medico ospedaliero dipendente pubblico**

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 reficenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo. LIMESTREET SRL si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

**Sezione A: Attività (Indicare la specializzazione/professionalità per la quale si richiede l'assicurazione)**

**NB: I PREMI RIPORTATI SONO VALIDI IN ASSENZA DI CIRCOSTANZE NOTE/SINISTRI E SONO SOGGETTI A RICONFERMA**

Categorie di rischio:	Premio Lordo Annuo per colpa grave:
1. <input type="checkbox"/> Tutte le professioni sanitarie non mediche	€ 80,00
2. <input type="checkbox"/> Tecnici di radiologia	€ 130,00
3. <input type="checkbox"/> Ostetrici	€ 290,00
4. <input type="checkbox"/> Dirigente medico	€ 480,00
5. <input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica/specializzando	€ 330,00
6. <input type="checkbox"/> Dirigente o quadro sanitario NON medico	€ 280,00

**Limite di indennizzo: € 5.000.000,00 per anno e per sinistro - Retroattività: 10 anni - franchigia € 0,00**

**Sezione B: DATI PROPONENTE**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale / P. IVA: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita / Luogo di nascita: \_\_\_\_\_  
 Data di iscrizione all'Albo/Abilitazione: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: Via/Piazza/Corso: \_\_\_\_\_  
 C.A.P./Località/Provincia: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo e-mail e/o indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_  
 N. Telefonico N. cellulare: \_\_\_\_\_

**Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO**

- 1) **Attività svolta/Specializzazione:** \_\_\_\_\_
- 2) **Struttura Sanitaria Pubblica** presso la quale svolge la propria attività (Nome e indirizzo) e **data di inizio incarico:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Si tratta di **RSA**? (l'assumibilità del rischio è soggetta a verifiche) Si  No
- 3) **Attività cessate, data di cessazione e Struttura Sanitaria Pubblica** (Nome ed indirizzo): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 4) a) Il contraente/assicurato è soggetto per Legge a far firmare al paziente il consenso informato? Si  No   
 a1) In caso affermativo fa firmare al paziente il consenso informato? Si  No
- 5) **Estensioni:**  
 Estensione territoriale Unione Europea (aumento 20%)  
 Responsabili di struttura / Primari (aumento minimo 75% - estensione soggetta a verifiche) **Si tratta di RSA?** Si  No   
*Struttura/e Sanitaria/e Pubblica/he presso la/e quale/i svolge l'attività di Responsabile di struttura / Primario (Nome/i ed indirizzo/i) e data di inizio incarico:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 6) **È richiesta la polizza tutela legale:** Si  No
- a) **TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ** (da compilare solo se l'assicurato è medico):  
 Medico SOLO AMBULATORIALE CHE NON EFFETTUA ALCUN INTERVENTO INVASIVO  
 Medico CHE NON EFFETTUA INTERVENTI CHIRURGICI O EFFETTUA PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI E/O AMBULATORIALI  
 Medico CHE EFFETTUA INTERVENTI CHIRURGICI
- b) **TIPOLOGIA DI COPERTURA:**  
 COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) con libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti  
 COPERTURA COMPLETA (copertura ambito civile, penale e amministrativo, 81/2008, 196/03, 193/07, 152/2006) senza libera scelta del legale + Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo 6 mesi contrattualmente previsti
- c) **MASSIMALE RICHIESTO:**  
 €5.000  €10.000  €15.000  €20.000  €25.000  altro massimale € \_\_\_\_\_ (richiesta direzionale)
- d) **GARANZIE AGGIUNTIVE**  
 **Maggior periodo per la denuncia di un caso assicurativo** (12 mesi in luogo dei 6 mesi contrattualmente previsti) - (aumento 20%)  
 **Responsabili di struttura/Primari** (aumento minimo 20%)

7) **Modalità di rinnovo: Tacito**      Sì  No 

<b>Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE (In caso di una o più risposte affermative pregasi compilare l'allegato 1 a pagina 3)</b>	
1) Il contraente/assicurato è a conoscenza di <b>circostanze</b> che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Colpa grave e/o tutela legale)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato ha mai avuto <b>sinistri</b> negli ultimi 5 anni (Colpa grave e/o tutela legale)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) Il contraente/assicurato è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad incriminazioni, condannato o coinvolto in atti di frode o disonestà?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) Il contraente/assicurato è attualmente, o è stato in passato, soggetto ad udienze o azioni disciplinari, soggetto a limitazioni nella pratica o radiato dall'ordine?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Sezione E: PRECEDENTI ASSICURATIVI</b>	
1) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Colpa grave e/o tutela legale? Se Sì fornire dettagli _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>Colpa grave</b> ? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ (b) Numero di Polizza _____ (c) Massimale assicurato € _____ (d) Franchigia € _____ (e) Data di scadenza _____ (f) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la <b>Tutela Legale</b> ? In caso di risposta affermativa, si prega di indicare: (a) Nome degli Assicuratori _____ (b) Numero di Polizza _____ (c) Massimale assicurato € _____ (d) Franchigia € _____ (e) Data di scadenza _____ (f) Numero di anni di copertura precedente continua _____ Se non assicurati attualmente indicare i dati relativi all'ultimo anno in cui assicurati, se la presente polizza agirà in secondo rischio prego allegare copia integrale della polizza in corso.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO**

LIMESTREET SRL si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente questionario che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il questionario verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il questionario sarà allegato alla polizza divenendo parte integrante di essa.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: CODICE DELLA PRIVACY (ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03) - REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 E S.M.I.**

Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento". Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è LIMESTREET SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

**DICHIARAZIONE**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (art 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile)

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome dei suoi Associati:

- Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità;
- Di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
- Dichiaro di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il set informativo come previsto dal Regolamento n. 41 del 02/08/2018 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.
- 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 allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i.

Il Sottoscritto/Proponente conferma che, in ossequio alle disposizioni di Legge vigenti, adempie, nei modi prescritti dalla Legge, gli obblighi informativi nei confronti del Cliente anche in riferimento all'esistenza della copertura assicurativa per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale assicurata.

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma

**ALLEGATO 1                      SCHEDA SINISTROSITÀ 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 alla Sezione D (1-2-3-4) della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

**A) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui alla Sezione D:**

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 alla Sezione D del modulo di adesione:

- 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
- Procedimento penale
- Procedimento amministrativo
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_
- Ruolo svolto dall'Assicurato \_\_\_\_\_
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) \_\_\_\_\_

**B) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo:**

- Data Ricezione Della Notifica \_\_\_\_\_
- Età del paziente: \_\_\_\_\_  Data dell'evento: \_\_\_\_\_  Luogo dell'evento: \_\_\_\_\_
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'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 ai fini della stipula della polizza: \_\_\_\_\_

**C) 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 sì: 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 Limestreet 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.

Data	Nome e funzione di chi firma	Timbro e firma
_____	_____	_____