

**CONTRATTO DI RESPONSABILITÀ CIVILE DIPENDENTE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O DI AZIENDA SANITARIA
PRIVATA PER COLPA GRAVE**

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 PO MEDICI COLPA GRAVE
(PO_MEDICI_COLPA_GRAVE_072024)**

Assicurazione per la Responsabilità Civile ed Amministrativa Professionale per Colpa Grave del Medico Dipendente di Struttura Sanitaria Pubblica o di Struttura Sanitaria Privata Convenzionata



Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo **RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE**

Documento predisposto a cura di Underwriting Insurance Agency Srl registrato in Italia.
Underwriting Insurance Agency Srl è autorizzato da IVASS. Numero di registrazione: A000068713

Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.

ULTIMO AGGIORNAMENTO 29/06/2020

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità civile ed amministrativa professionale per i danni a terzi involontariamente commessi nello svolgimento dell'attività di medico, operatore sanitario non medico e del personale amministrativo in qualità di dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per colpa grave, assicurata in polizza 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 di medico, operatore sanitario non medico e del personale amministrativo in qualità di dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per colpa grave, 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 furto, incendio, esplosione, scoppio, radiazioni.
- ✗ Danni derivanti dall'esercizio dell'attività esercitata privatamente o non riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale.
- ✗ Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.
- ✗ Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato.
- ✗ Danni derivanti da ingiuria, diffamazione e violazione dell'obbligo del segreto professionale.
- ✗ Danni a cose che l'Assicurato abbia in consegna o in custodia o detenga a qualsiasi titolo (fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario)
- ✗ Danni derivanti da muffa tossica o amianto.
- ✗ Danni derivanti da una totale assenza del consenso informato.
- ✗ Procedimenti penali.
- ✗ Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.

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.
 - ! In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.
 - ! 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; avanzate da qualsiasi soggetto non considerato terzo; rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, Medico e paziente; proprietà, possesso, 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; cyber liability, fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti.
- 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'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 degli assicuratori, del diritto di rivalsa totale o parziale nei tuoi confronti per i danni pagati ai terzi danneggiati.
- Comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio in caso di sinistro.
- Comunicare l'eventuale cessazione del rischio.
- Pagare il premio di polizza.
- Denunciare l'eventuale richiesta di risarcimento e/o circostanza di sinistro nelle modalità e nei tempi indicati nelle condizioni di polizza.



Quando e come devo pagare?

Pagamento al Coverholder o intermediario autorizzato:

Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder Underwriting Insurance Agency Srl specificato in polizza. Il pagamento all'intermediario indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale intermediario abbia ricevuto idonea autorizzazione dal Lloyd's Coverholder.

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.



Come posso disdire la polizza?

Non è richiesta comunicazione di disdetta del contratto. L'assicurazione cessa alla sua naturale scadenza alle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Assicurazione della responsabilità civile ed amministrativa professionale
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.

Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Underwriting Insurance Agency Srl

Prodotto: RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O DI AZIENDA SANITARIA PRIVATA PER COLPA GRAVE

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 072024

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 072024

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

Sito web: www.lloydsbrussels.com

E-mail: lloydsbrussels@lloyds.com

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Il patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 300,4 milioni, ed è interamente capitale sociale. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 153,4 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società è pari al 161%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 38,4 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 228,5 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su www.lloydsbrussels.com/about/lloyds-brussels-hub/

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



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.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Maggior periodo per la notifica delle

Qualora l'Assicurato cessi definitivamente la propria attività per libera volontà, pensionamento, morte e non per altra ragione imposta (es.: sospensione o

richieste di risarcimento	cancellazione dall'albo professionale per motivi disciplinari) è possibile richiedere una copertura postuma per 10 anni 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. In qualsiasi caso tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo certificato attivato come lavoratore attivo.
----------------------------------	--



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono esclusi: -i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data anteriore al periodo di assicurazione o in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione; -i danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona; -le conseguenze 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; -i danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo a esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche; -i danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte.
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

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



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 o di azienda sanitaria privata 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 13% del premio netto.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: lloydsbrussels.servizioreclami@lloyds.com o lloydsbrussels.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso

	<p>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 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, come di seguito riportato:</p>	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

<p>REGIME FISCALE</p>	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	La presente polizza non è fiscalmente detraibile. La tassazione delle prestazioni assicurate ammonta al 22,25%.

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

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE

La presente Polizza/Convenzione è prestata nella forma “*claims made*” e quindi la Polizza copre i Sinistri notificati all’Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

DEFINIZIONI/GLOSSARIO

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

Contraente	Il soggetto che stipula la presente Polizza/Convenzione in nome e per conto degli Assicurati.
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S.A
Assicurato	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il Sinistro in Serie 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.
Massimale per anno	La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.
Massimale per sinistro	L'importo massimo risarcibile per ogni sinistro o sinistro in serie.
Periodo di Assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.
Circostanza di Sinistro	<p>La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24).</p> <p>La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24).</p> <p>L'inchiesta giudiziaria penale promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione e precisamente:</p>

- L'avviso di garanzia notificato all'Assicurato;
- Accertamento tecnico non ripetibile notificato all'Assicurato.

Richiesta di risarcimento

L'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

La domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.

Sinistro

La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Polizza/Convenzione

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

Certificato e/o Scheda di Copertura

I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Sinistro in Serie

Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro.

Fatto noto

Costituiscono "fatto noto":

- La Sentenza di condanna in sede civile o penale;
- La notifica di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale;
- La richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile;
- La comunicazione della struttura Sanitaria Privata di appartenenza o della sua impresa di assicurazione con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
Che siano state notificate prima della stipula della polizza.

Attacco Informatico

qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Incidente informatico

qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Sistema informatico

qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») RETROATTIVITÀ
---------------------	---

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta: 10 anni dalla data di effetto della presente Polizza/Convenzione.

Articolo 1.2	CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE
---------------------	------------------------------------

La presente Polizza/Convenzione viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati e con espresso consenso degli stessi, che formalmente si manifesta attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione e se non richiesta tramite comunicazione scritta all'intermediario ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

Si precisa che:

- per gli esercenti le professioni sanitarie che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a 1 milione di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.
- per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a 2 milioni di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

Si precisa che in caso di sinistro che vada ad erodere il massimale presente in polizza lo stesso sarà ripristinato facendo ricorso al massimale annuo previsto.

Articolo 3	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 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- Azione di rivalsa esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- Azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

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

Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti o al Giudice ordinario per colpa grave 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 nel Certificato e/o 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 per colpa grave.

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, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Articolo 5	NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"
-------------------	-------------------------------------

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

- a. Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria

contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese dell'Unione Europea per conto dell'azienda di appartenenza. È 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.

Articolo 7 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 Adesione e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

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

Si precisa che l'assicurazione opera con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Si precisa che l'assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti dalle attività di guardia medica, festiva e turistica, la sostituzione dei medici di base, di continuità assistenziale, sempreché tali attività siano svolte sul territorio italiano nei termini e nei modi previsti dalla legge e dai regolamenti regionali.

Articolo 8 ESCLUSIONI

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

- a) Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data anteriore al Periodo di Assicurazione o successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b) Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori;
- c) Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa; oppure se l'Assicurato non risulti in regola con gli obblighi formativi previsti dalla normativa in corso e dal proprio Ordine professionale di appartenenza;
- d) I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- e) I Danni che siano imputabili ad una totale assenza del consenso informato;
- f) I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);

- k) I 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;
- l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) I Danni 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;
- n) Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;
- o) I Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo a esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) I Danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- r) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;
- s) Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave;
- t) Qualsiasi Richiesta di Risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------------	--------------------------------

In caso di responsabilità solidale per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso, l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto, è prevista per l'Assicurato, che abbia stipulato il presente contratto per un anno e previo il pagamento di un premio aggiuntivo, la copertura assicurativa per eventuali azioni nei propri confronti per ulteriori 10 anni. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

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

Il Massimale per anno, indicato in Polizza/Scheda di copertura, relativo al contratto in vigore prima della cessazione definitiva dell'attività, rappresenterà il limite massimo di esposizione degli Assicuratori per l'intero periodo decennale di postuma.

La garanzia "Ultrattività" decade automaticamente ed è priva di ogni effetto nel momento in cui entra in vigore una qualsiasi altra polizza per la copertura della stessa attività professionale.

Articolo 11	VARIAZIONI DEL RISCHIO
--------------------	-------------------------------

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni Variazione del rischio tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di Variazione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice civile.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non assicurabile con la presente Assicurazione, la copertura non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'attività assicurata già oggetto di copertura.

Articolo 12 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Articolo 13 ONERI FISCALI

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

**Articolo 14 MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA
DELL'ASSICURAZIONE RESCINDIBILITÀ ANNUALE**

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

Articolo 15 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile 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. Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, che coprano le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti.

Articolo 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La notifica di una "Circostanza di sinistro" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

Si precisa tuttavia che la "Circostanza di sinistro" non comporterà l'obbligo della Società di nominare / approvare legali e/o periti fino a quando una "Richiesta di risarcimento" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.

In particolare, l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promossa contro l'Assicurato attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare, a condizione che tale copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura, ma le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

La denuncia va fatta a:

UIA Srl
Corso Sempione 61 – 20149 Milano
Tel 02.54122532 – Fax 02.54019598
sinistri@uiainternational.net

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, 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 17 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 dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 18 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 dagli Assicuratori.

Articolo 19

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 e/o Scheda di Copertura di rappresentarlo ai fini della presente Polizza. È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione effettuata al Broker dal Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione effettuata dal Broker dell'Assicurato al Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006, il Broker è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Broker, come previsto al precedente articolo 5.

Articolo 20

NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o a esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Articolo 21

PREMIO

Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello previsto a seconda della qualifica professionale indicata e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.

CATEGORIA ASSICURATIVA	QUALIFICA
A	Dirigente medico e veterinario
B	Medico convenzionato e contrattista
C	Dirigente sanitario non medico
D	Medico in formazione specialistica
E	Direttore generale, amministrativo, sanitario, sociale
F	Componente Comitato Etico
G	Dirigente professionale, tecnico e amministrativo
H	Quadro sanitario / Personale sanitario
I	Restante personale non sanitario
L	Dirigente Infermieristico

La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sul Modulo di polizza a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza).

Articolo 22

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione l'Assicurato dichiara:

- 23.1 Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di

- sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;
- 23.2 Che in forza del C.C.N.L. di lavoro vigente o 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 assicurativa 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;
- 23.3 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 Sanitaria di appartenenza con la stipula di polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali 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;
- 23.4 Di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di fatti o circostanze che possano determinare o che abbiano determinato Richieste di risarcimento indipendentemente dall'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso.

Articolo 23	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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 24	CLAUSOLA DI LIMITAZIONE 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.

Articolo 25	ESCLUSIONE DI PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, PRODOTTI CORRELATI E PRODOTTI CHIMICI
--------------------	--

Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:

(1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluorottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;

(2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Articolo 26	DIRITTO DI RIPENSAMENTO
--------------------	--------------------------------

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurato 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 UIA srl Corso Sempione 61 20149 Milano o comunicazione a mezzo PEC a underwritinginsuranceagency srl@pec.it. In tal caso gli Assicuratori tratteranno la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto e il Contraente avrà diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Data

Il Contraente / Assicurato

U.I.A. SRL

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

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

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ
Articolo 8	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1)
Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE - ESCLUSIONE
Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA – RESCINDIBILITÀ ANNUALE
Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (<i>esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione</i>)
Articolo 19	CLAUSOLA BROKER
Articolo 22	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Data

Il Contraente / Assicurato



ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE DI AZIENDA SANITARIA PRIVATA PER COLPA GRAVE

La presente Polizza è prestata nella forma “*claims made*” e quindi la Polizza copre i Sinistri notificati all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

DEFINIZIONI/GLOSSARIO

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

Contraente	Il soggetto che stipula la presente Polizza in nome e per conto degli Assicurati.
Assicuratori	Lloyd's Insurance Company S.A
Assicurato	Tutto il personale sanitario, dipendente o non dipendente, in virtù dell'esistenza di un rapporto di lavoro. Non sono compresi i liberi professionisti o soggetti che si avvalgono della struttura per l'adempimento di un'obbligazione assunta direttamente con il paziente.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il Sinistro in Serie 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.
Massimale per anno	La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.
Massimale per sinistro	L'importo massimo risarcibile per ogni sinistro o sinistro in serie.
Periodo di Assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.
Circostanza di Sinistro	La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio sanitaria Privata di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24). La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio sanitaria privata di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24).

L'inchiesta giudiziaria penale promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione e precisamente:

- L'avviso di garanzia notificato all'Assicurato;

Accertamento tecnico non ripetibile notificato all'Assicurato.

Richiesta di risarcimento

La domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.

Sinistro

La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Polizza

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

Certificato e/o Scheda di Copertura

I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Sinistro in Serie

Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro.

Struttura Sanitaria Privata

L'Azienda Sanitaria, Sociosanitaria o l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di natura privata.

Fatto noto

Costituiscono "fatto noto":

- La Sentenza di condanna in sede civile o penale;
- La notifica di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale;
- La richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile;
- La comunicazione della struttura Sanitaria Privata di appartenenza o della sua impresa di assicurazione con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- Che siano state notificate prima della stipula della polizza.

Attacco Informatico

qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Incidente informatico

qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Sistema informatico

qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da

qualsiasi altra parte.

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE»)RETROATTIVITÀ
---------------------	--

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta: 10 anni dalla data di effetto della presente Polizza.

Articolo 1.2	CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE
---------------------	------------------------------------

La presente Polizza viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati e con espresso consenso degli stessi, che formalmente si manifesta attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione e se non richiesta tramite comunicazione scritta all'intermediario ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

Si precisa che:

- per gli esercenti le professioni sanitarie che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a 1 milione di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a 2 milioni di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

Articolo 3	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 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- Azione di rivalsa per colpa grave esercitata nei confronti dell'esercente la professione sanitaria operante nell'Azienda Sanitaria Privata ai sensi dell'art. 9 comma 6 della legge 24/2017;
- Azione di surrogazione ai sensi dell'art. 1916, primo comma codice civile esperita dalla Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria come previsto dall'Art. 9 della Legge 24/2017.

Quanto sopra enunciato resta valido a condizione che, per tali danni, l'Assicurato sia dichiarato responsabile totalmente o parzialmente per colpa grave.

L'assicurazione è riferita a tutte le attività medico-sanitarie demandate all'Assicurato per la mansione professionale svolta per conto della Struttura Sanitaria Privata.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente, fatto salvo il contenuto dell'articolo 7.

Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti al Giudice ordinario per colpa grave 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 nel Certificato e/o 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 per colpa grave.

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, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Articolo 5	NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"
-------------------	-------------------------------------

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria Privata.

Sono esclusi da questa nozione:

- a. Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine

che con lui convive;

- b. I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Articolo 6	LIMITI TERRITORIALI
-------------------	----------------------------

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese dell'Unione Europea per conto dell'azienda di appartenenza.

Articolo 7	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 Adesione e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie Private 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.

Si precisa che l'assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Si precisa che l'assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti dalle attività di guardia medica, festiva e turistica, la sostituzione dei medici di base, di continuità assistenziale, sempreché tali attività siano svolte sul territorio italiano nei termini e nei modi previsti dalla legge e dai regolamenti regionali.

Articolo 8	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

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

- a) Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data anteriore al Periodo di Assicurazione o successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b) Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori.
- c) Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa, oppure se l'Assicurato non risulta in regola con gli obblighi formativi previsti dalla normativa in corso e dal proprio Ordine professionale di appartenenza;
- d) I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- e) I Danni che siano imputabili ad una totale assenza del consenso informato;
- f) I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) I 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;

- l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) I Danni 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;
- n) Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;
- o) I Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo a esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) I Danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- r) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;
- s) Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave;
- t) Qualsiasi Richiesta di Risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------------	--------------------------------

In caso di responsabilità solidale per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto, è prevista per l'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno e previo il pagamento di un premio aggiuntivo, la copertura assicurativa per eventuali azioni nei propri confronti per ulteriori 10 anni. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

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

Il Massimale per anno, indicato in Polizza/Scheda di copertura, relativo al contratto in vigore prima della cessazione definitiva dell'attività, rappresenterà il limite massimo di esposizione degli Assicuratori per l'intero periodo decennale di postuma.

Articolo 11	VARIAZIONI DEL RISCHIO
--------------------	-------------------------------

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni Variazione del rischio tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di Variazione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice civile.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non assicurabile con la presente Assicurazione, la copertura non sarà operante per tali nuove prestazioni e proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione limitatamente all'attività assicurata già oggetto di copertura.

Articolo 12	PAGAMENTO DEL PREMIO
--------------------	-----------------------------

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Articolo 13 ONERI FISCALI

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

Articolo 14 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 15 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile 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 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La notifica di una "Circostanza di sinistro" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

Si precisa tuttavia che la "Circostanza di sinistro" non comporterà l'obbligo della Società di nominare / approvare legali e/o periti fino a quando una "Richiesta di risarcimento" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.

In particolare, l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promossa contro l'Assicurato attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare, a condizione che tale copertura sia stata espressamente richiesta nel Questionario e prestata con specifica dizione nella Scheda di Copertura, ma le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

La denuncia va fatta a:

UIA Srl

Corso Sempione 61 – 20149 Milano

Tel 02.54122532 – Fax 02.54019598 - sinistri@uiainternational.net

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, 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 17 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 dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 18 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 dagli Assicuratori.

Articolo 19 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 e/o Scheda di Copertura di rappresentarlo ai fini della presente Polizza. È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione effettuata al Broker dal Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione effettuata dal Broker dell'Assicurato al Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006, il Broker è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Broker, come previsto al precedente articolo 5.

Articolo 20 | **NORME DI LEGGE**

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o a esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Articolo 21 | **PREMIO**

Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello previsto a seconda della qualifica professionale indicata e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.

CATEGORIA ASSICURATIVA	QUALIFICA
A	Dirigente medico e veterinario
B	Medico convenzionato e contrattista
C	Dirigente sanitario non medico
D	Medico in formazione specialistica
E	Direttore generale, amministrativo, sanitario, sociale
F	Componente Comitato Etico
G	Dirigente professionale, tecnico e amministrativo
H	Quadro sanitario / Personale sanitario
I	Restante personale non sanitario
L	Dirigente Infermieristico

La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sul Modulo di polizza a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza).

Articolo 22 | **DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione l'Assicurato dichiara:

- 23.1 Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;
- 23.2 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 Sanitaria Privata di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione;
- 23.3 Di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di fatti o circostanze di sinistro che potrebbero determinare o che abbiano determinato Richieste di risarcimento da parte di terzi indipendentemente dall'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso.

Articolo 23 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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 24 CLAUSOLA DI LIMITAZIONE 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.

Articolo 25 ESCLUSIONE DI PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, PRODOTTI CORRELATI E PRODOTTI CHIMICI

Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:

(1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorurate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluorooctanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;

(2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Articolo 26 DIRITTO DI RIPENSAMENTO

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza l'Assicurato 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 UIA srl Corso Sempione 61 20149 Milano o comunicazione a mezzo PEC a underwritinginsuranceagency srl@pec.it. In tal caso gli Assicuratori tratterranno la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto e il Contraente avrà diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Data**Il Contraente / Assicurato****U.I.A. SRL**

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

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

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") – RETROATTIVITÀ
Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Articolo 8	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1)
Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE - ESCLUSIONE
Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA – RESCINDIBILITÀ ANNUALE
Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (<i>esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione</i>)
Articolo 19	CLAUSOLA BROKER
Articolo 22	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Data

Il Contraente / Assicurato



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE

Riguardo ai tuoi dati personali**Chi siamo**

La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A., identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

Principi fondamentali

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all'assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge. Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull'assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato. In alcuni casi sarà necessario il consenso dell'assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente. L'assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un'e-mail all'indirizzo data.protection@lloyds.com (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirci di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati. Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all'assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell'ambito del settore assicurativo, ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all'applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all'individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all'assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura richiesta o permessa dalla legge.

Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti

Qualora l'assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

Servono maggiori informazioni?

Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell'assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsidiary-in-brussels ovvero in altri formati su richiesta.

Contattarci e i diritti dell'assicurato

L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre modalità di utilizzo dei dati ovvero richiedere una copia della nostra informativa completa sulla privacy, lo invitiamo a contattarci, o in alternativa a contattare l'agente o il broker assicurativo che si è occupato della polizza ai seguenti recapiti:

UNDERWRITING INSURANCE AGENCY Srl - UIA Srl

Corso Sempione 61 – 20149 Milano

Tel 02.54122532 – Fax 02.54019598

info@uiainternational.net – underwritinginsuranceagency srl@pec.it

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.

LBS0046 01/01/2019

MODULO DI ADESIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITÀ del dipendente per COLPA GRAVE

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

UIA si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore informazione ritenesse necessaria alla definizione della quotazione del rischio proposto.

Sezione A: PREGO SELEZIONARE LA SPECIALIZZAZIONE/PROFESSIONALITÀ E IL LIMITE DI INDENNIZZO APPONENDO CROCETTA NEL BOX RICHiesto

AVVERTENZA: Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede:

- per gli esercenti le professioni sanitarie che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a 1 milione di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
- per gli esercenti le professioni sanitarie che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto: massimale non inferiore a 2 milioni di euro per sinistro e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro.

N.B.: Si invita all'acquisto di massimali conformi:

Categorie di rischio		Massimale e Premio Lordo Annuo					
		€ 1.000.000 sinistro € 3.000.000 anno		€ 2.000.000 sinistro € 6.000.000 anno		€ 5.000.000 sinistro/anno	
		Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
A	Dirigente Medico e Veterinario	€ 347	€ 562	€ 394	€ 630	€ 462	€ 746
B	Medici convenzionati e contrattisti	€ 294	€ 562	€ 331	€ 630	€ 389	€ 746
C	Dirigente Sanitario non medico	€ 205	€ 651	€ 226	€ 735	€ 268	€ 872
D	Medici specialisti in formazione	€ 226	€ 326	€ 258	€ 365	€ 300	€ 431
E	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Sociale	€ 158	€ 651	€ 179	€ 735	€ 210	€ 872
F	Componenti Comitato Etico	€ 147	€ 195	€ 163	€ 220	€ 195	€ 263
G	Dirigenti professionale, Tecnico e Amministrativo	€ 147	€ 651	€ 163	€ 735	€ 195	€ 872
H	Quadri sanitari / altro personale sanitaria	€ 58	€ 69	€ 63	€ 80	€ 74	€ 90
I	Restante personale non sanitaria	€ 42	€ 58	€ 48	€ 65	€ 53	€ 74
L	Dirigenti Infermieristici	€ 69	€ 105	€ 79	€ 120	€ 95	€ 137

ATTENZIONE: I PREMI SOPRA RIPORTATI SONO VALIDI IN ASSENZA DI CIRCOSTANZE NOTE/SINISTRI E SONO SOGGETTI A RICONFERMA e prevedono 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 email e/o indirizzo di posta elettronica certificata: _____

N. Telefonico N. cellulare: _____

Sezione C: INFORMAZIONI SUL RISCHIO

1) **Attività svolta/Specializzazione:** _____

2) **Struttura Sanitaria** 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) Sì No

3) **Attività cessate, data di cessazione e Struttura Sanitaria** (Nome ed indirizzo): _____

4) È richiesta l'estensione ai procedimenti penali come fattore scatenante? (aumento 12,50%) Sì No

Si precisa che le spese legali ad essi collegate sono escluse.

5) **Da compilare solo in caso di colpa grave del settore privato**

a) Ha mai lavorato come libero professionista e/ o come convenzionato presso cliniche private nel periodo precedente ad Aprile 2017? Sì No

- Se la risposta è affermativa il prodotto non è adeguato, è necessario compilare il questionario PI medici liberi professionisti.

- Se la risposta è negativa rispondere anche alla seguente domanda:
b) Svolge o ha mai svolto l'attività prima del 2017 intrattenendo un rapporto contrattuale diretto con i suoi pazienti?
Si No
- Se la risposta è affermativa il prodotto non è adeguato, è necessario compilare il questionario PI medici liberi professionisti.

Sezione D: SINISTRI/CIRCOSTANZE (In caso di una o più risposte affermative pregasi compilare l'allegato 1 a pagina 3)	
1) Il contraente/assicurato è a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro (Colpa grave)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato ha mai avuto sinistri negli ultimi 5 anni (Colpa grave)?	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"/>
Sezione E: PRECEDENTI ASSICURATIVI	
1) Al contraente/assicurato è mai stata rifiutata o cancellata una copertura Colpa grave? Se Sì fornire dettagli _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) Il contraente/assicurato è assicurato o è stato assicurato per la Colpa grave ? 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

UIA si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo di adesione 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 addiventano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo di adesione verrà considerato come "base" per la stipula della polizza stessa in tal caso il modulo di adesione 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 U.I.A. SRL con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente modulo di adesione 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 Underwriting Insurance Agency Srl.

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

Data

Nome e funzione di chi firma

Timbro e firma