

Polizza RC del Dipendente S.S.N. per Colpa Grave

Versione Mod. 01.2020



MyProfession®

Una copertura
da professionista.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- a) DIP
- b) DIP Aggiuntivo
- c) Glossario;
- d) Condizioni di Assicurazione;
- e) Informativa Privacy
- f) Questionario / Modulo proposta

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

Pagina lasciata intenzionalmente bianca



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE

Documento informativo prodotto assicurativo.

Questa assicurazione è fornita da Lloyd's Insurance Company S.A. che è registrata in Belgio. Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. Questo documento fornisce un riepilogo della copertina, esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni completi di questa assicurazione, compresi i limiti di politica generale, sono disponibili nel documento della politica che è disponibile su richiesta presso il vostro intermediario assicurativo. Altre informazioni precontrattuali sono disponibili anche presso il vostro intermediario assicurativo.

Cos'è questo tipo di assicurazione?

La polizza assicura la responsabilità civile professionale per i danni a terzi involontariamente commessi a seguito di inadempienza dei doveri professionali nello svolgimento dell'Attività Professionale assicurata.

 Cosa è assicurato?	 Cosa non è assicurato?
<p>Garanzie di copertura</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare per danni a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a seguito di inadempienza ai doveri professionali causati da fatto colposo, da errore o da omissione, involontariamente commessi, con Colpa Grave, nell'esercizio dell'attività professionale. L'assicurazione è prestata nella forma CLAIMS MADE, ovvero è operante per fatti colposi, errori od omissioni, commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura, e a condizione che la conseguente richiesta di risarcimento sia per la prima volta presentata all'Assicurato e da questi regolarmente denunciata agli Assicuratori durante il periodo di assicurazione. Terminato tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessuna Richiesta di Risarcimento potrà essere loro denunciata. ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al testo di polizza. ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale). 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Attività diversa da quella/e indicata/e nella Scheda di copertura; ✗ Attività svolta dall'Assicurato che non sia iscritto all'albo professionale (ove previsto) od autorizzato dalle autorità competenti. ✗ Fatti noti all'Assicurato ✗ Circostanze o Richieste di risarcimento già notificate all'Assicurato o agli Assicuratori in base a precedenti coperture assicurative; ✗ Atti dolosi e fraudolenti ed omissione disonesta posti in essere dall'Assicurato, ✗ Danni corporali e materiali determinati da fatti non direttamente imputabili ad un obbligo di natura professionale. ✗ RC Contrattuale ✗ Amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto. ✗ Guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche ✗ Insolvenza o fallimento dell'Assicurato. ✗ RC Prodotti – beni o prodotti venduti ✗ Danni corporali sofferti da persone impiegate presso l'Assicurato / Contraente. ✗ Inquinamento o Contaminazione di qualsiasi tipo. ✗ Virus e dati del computer



Ci sono restrizioni alla copertura?

- ! Condizioni speciali possono essere applicati alla tua copertura e saranno visibili sulla scheda di copertura e approvate.
- ! Alcune limitazioni potrebbero essere applicate alla tua polizza. Per esempio:
 - franchigie (l'importo che rimane a tuo carico in caso di risarcimento);
 - limiti massimi di risarcimento per determinate tipologie copertura.



Dove sono coperto?

- ✓ L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.



Quali sono i miei obblighi?

- All'inizio del periodo di assicurazione o quando si apportano modifiche alla polizza, è necessario fornire informazioni dettagliate e complete e accurate a tutte le domande poste relative all'assicurazione.
- È necessario comunicare al proprio Intermediario assicurativo di eventuali inesattezze o variazioni alle informazioni fornite sia prima dell'inizio del contratto, che durante il periodo di assicurazione.
- È necessario informare il proprio Intermediario assicurativo di eventuali aggravamenti/diminuzioni di rischio sia prima dell'inizio della polizza sia durante il periodo di assicurazione.
- Quando gli Assicuratori saranno informati di aggravamento/diminuzione del rischio, ti informeremo se ciò può influire sulla tua copertura assicurativa. Ad esempio, possiamo modificare le condizioni della copertura assicurativa o richiedere il pagamento di un premio aggiuntivo. In determinate circostanze, è possibile annullare la polizza in conformità con quanto riportato nelle condizioni generali di assicurazioni di questa polizza.
- Il mancato rispetto dei tuoi obblighi potrebbe comportare il rigetto di un sinistro, una riduzione dell'importo del risarcimento o l'annullamento della tua polizza.



Quando e come pago?

- Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge. Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge.



Quando inizia e finisce la copertura?

- Questa copertura assicurativa ha una durata di 12 (dodici) mesi e la data di inizio e la data di fine della copertura sono specificate nel modulo di polizza.



Come posso disdire il contratto?

- Se in Scheda di Copertura è richiamato il tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale. Altrimenti non essendo previsto il tacito rinnovo, il contratto si ritiene concluso a sua naturale scadenza.
- Se il contratto è stato concluso tramite vendita a distanza, hai tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE

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: Bridge Insurance Broker S.r.l.

Prodotto: MyProfession.

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 01/2020

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 30/07/2020

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

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.lloyds.com/brussels

E-mail: enquiries.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 capitale sociale di Lloyd's Insurance Company S.A. ammonta ad EUR 136.222.500. Indice di solvibilità di Lloyd's Insurance Company S.A. disponibile su www.lloyds.com/brussels.

Al contratto si applica la legge Italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Franchigia	Il premio del presente contratto tiene conto della riduzione per l'inserimento di una franchigia diversa da quella standard.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Estensione ultrattiva dell'Assicurazione non conseguente a decesso dell'Assicurato	Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi altro motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza è riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo e previo il pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale
-----------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Esistono limitazioni per:	<ul style="list-style-type: none"> - Richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima della data di effetto del Periodo di Assicurazione; - Per le richieste di risarcimento conseguenti a situazioni o circostanze note all'Assicurato alla data di effetto del Periodo di Assicurazione; - Per le richieste di risarcimento avanzate dalle persone non considerate "Terzi"; - Per le richieste di risarcimento che abbiano origine nei Paesi esclusi; - Per danni causati da attacchi cibernetici, dalla propagazione di Virus nei computer e programmi; - Per atti e fatti commessi prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura;
---------------------------	---



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di sinistro, è necessario che sia presentata la relativa denuncia agli Assicuratori entro e non oltre 30 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza
	Assistenza diretta / in convenzione: non sono previste forme di assistenza diretta/in convenzione per la gestione dei sinistri.
	Gestione da parte di altre imprese: non sono previste ipotesi di gestione di sinistro da parte di altre imprese.
	Prescrizione: i diritti derivante dal contratto si prescrivono entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale
Obblighi dell'impresa	Gli Assicuratori, in conformità alle condizioni di assicurazione fino a concorrenza del massimale indicato in polizza, hanno l'obbligo di prendere in carico la richiesta di risarcimento formulata dal danneggiato nei confronti dell'Assicurato.

**Quando e come devo pagare?**

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP – Documento Informativo Precontrattuale

**Quando comincia la copertura e quando finisce?**

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP – Documento Informativo Precontrattuale

**Come posso disdire la polizza?**

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP – Documento Informativo Precontrattuale
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP – Documento Informativo Precontrattuale

**A chi è rivolto questo prodotto?**

Questo prodotto è rivolto ai Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, sia in forma individuale che in forma collettiva.

**Quali costi devo sostenere?**

Gli Intermediari per la vendita di questa assicurazione percepiscono in media il 18% del premio imponibile pagato dal Contraente per renumerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dalla presentazione del reclamo.</p>
----------------------------------	--

All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel.: +39 06 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>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
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 alternativi 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.

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

GLOSSARIO

Indicazione del significato dei principali termini utilizzati nelle condizioni di assicurazione del Prodotto di Responsabilità del Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per Colpa Grave:

Assicurato

Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Assicuratori

Lloyd's Insurance Company S.A.;

Assicurazione

il contratto di Assicurazione;

Attività professionale

i servizi forniti dall'Assicurato, realizzati nel campo professionale di sua competenza e per i quali e' legalmente autorizzato, notificato o accreditato in ottemperanza alle vigenti leggi e regolamenti;

Corrispondente

il soggetto che emette e amministra il contratto assicurativo;

Contraente

il soggetto che stipula il contratto;

Danni materiali o morte

Il pregiudizio economico conseguente a danneggiamenti a cose, lesioni personali o morte;

Franchigia

L'ammontare che, per ogni reclamo, resta a carico dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono per la parte dell'indennizzo e delle spese, che supera la franchigia;

Indennizzo

la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;

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

Perdite Patrimoniali:

Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose

Polizza

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

Premio

la somma dovuta agli Assicuratori;

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 Circo stanza di Sinistro come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Sommario

- Art. 1 – Forma dell'Assicurazione;
- Art. 2 – Contraente / Legittimazione;
- Art. 3 – Dichiarazioni dell'Assicurato;
- Art. 4 – Reticenze e dichiarazioni inesatte;
- Art. 5 – Pagamento del Premio;
- Art. 6 – Diritto di recesso in caso di vendita a distanza;
- Art. 7 – Variazioni del rischio;
- Art. 8 – Recesso in caso di sinistro;
- Art. 9 – Modalità della proroga automatica dell'assicurazione – Rescindibilità annuale;
- Art. 10 – Coesistenza di altre Assicurazioni;
- Art. 11 – Nozione di "Terzo" o "Terzi";
- Art. 12 – Obblighi in caso di sinistro;
- Art. 13 – Surrogazione;
- Art. 14 – Clausola di responsabilità disgiunta;
- Art. 15 – Forma delle comunicazioni – variazioni del Contratto;
- Art. 16 – Clausola intermediario;
- Art. 17 – Oneri fiscali;
- Art. 18 – Norme di legge;
- Art. 19 – Oggetto dell'Assicurazione;
- Art. 20 – Precisazione sui rischi coperti;
- Art. 21 – ESCLUSIONI;
- Art. 22 – Limiti territoriali;
- Art. 23 – Responsabilità solidale;
- Art. 24 – Estensione ultrattiva dell'Assicurazione;
- Art. 25 – Spese legali e gestione delle vertenze;

CONDIZIONI DI POLIZZA

Definizioni comuni a tutte le garanzie

LA PRESENTE POLIZZA E' PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE" E QUINDI LA POLIZZA COPRE I SINISTRI NOTIFICATI ALL'ASSICURATO PER LA PRIMA VOLTA DURANTE IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA COPERTURA

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.

Nel testo che segue si intende per:

Assicuratori

L'impresa di Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza

Assicurato

Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

Broker / Agente di Assicurazioni

Il soggetto – persona fisica o giuridica – iscritto al Registro Unico degli Intermediari che svolge attività di intermediazione assicurativa, indicato nella Scheda di Polizza a cui il Contraente abbia affidato la gestione di questo contratto.

Certificato e/o Scheda di copertura

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

Circostanza di sinistro

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;

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.

Contraente

Il soggetto che stipula la presente Polizza in nome e per conto degli Assicurati

Coverholder

Il soggetto – persona fisica o giuridica – indicato nella Scheda di Polizza

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

Loss Adjuster

Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri rientranti in questa assicurazione

Massimale

La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, 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

Perdite Patrimoniali

Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose

Periodo di assicurazione

Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.

Periodo di efficacia

Il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione

Polizza

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

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 di Sinistro come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Sinistro in serie

Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato 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 Pubblica

L'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 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 indicata in Scheda di Copertura.

Art. 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 al Broker ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Art. 3 - Dichiarazioni dell'Assicurato

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

- 3.1 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;
- 3.2 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 di appartenenza con la stipula di polizza a 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
- 3.3 di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di Circostanze di Sinistro che avrebbero potuto determinare o che abbiano determinato richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso.

Art. 4 – 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).

Art. 5 – 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.

Fermo quanto sopra e solo in caso di rinnovo della copertura se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (termine di mora).

Art. 6 – Diritto di recesso in caso di vendita a distanza

in caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Bridge Insurance Broker srl – Via del Brennero, 358 – 55100 Lucca. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto

Art. 7 – Variazioni del rischio

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 Codice Civile) o un aggravamento (articolo 1898 Codice Civile) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) nè limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Art. 8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al trentesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di trenta giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 24 "Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione".

Art. 9 – Modalità della proroga automatica dell'assicurazione – Rescindibilità annuale

Ove nella Scheda di Copertura sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Copertura, Il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Clausola della proroga automatica dell'assicurazione

Il contratto s'intende automaticamente prorogato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 5.

La proroga è però condizionata al ricorrere delle seguenti circostanze essenziali:

1. che alla predetta data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di Sinistri, così come definiti in accordo con il testo di polizza, che debbano essere denunciati agli Assicuratori;
2. che l'attività professionale dichiarata nella Proposta presentata agli Assicuratori insieme alla richiesta di emissione non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora taluno dei punti 1 e 2 che precedono non corrisponda a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza e gli Assicuratori avranno diritto di confermare la proroga oppure di non concederla con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato i termini di rinnovo del contratto.

Ciascuno dei punti 1 e 2 che precedono s'intende tacitamente confermato se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (Variazione del rischio). (Si veda l'articolo 7).

Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio, l'Assicurato può farne comunicazione agli Assicuratori almeno 15 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione e gli Assicuratori, se ricorrono le condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, sono tenuti a ridurre il premio della proroga e rinunciano alla facoltà di recesso prevista dallo stesso articolo.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 8 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Art. 10 – 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.

Art. 11 – 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.

Art. 12 – Obblighi 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 degli Assicuratori di nominare/approvare legali e/o periti fino a quando una "Richiesta di risarcimento" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.

La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Coverholder.

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 10, 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.

Art. 13 – 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.

Art. 14 – Clausola di responsabilità disgiunta

La responsabilità di un Assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri Assicuratori che partecipano al presente contratto. Un Assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un Assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro Assicuratore. Un Assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro Assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto. La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un Assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato di Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato di Lloyd's, ogni Membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un Assicuratore. Ogni Membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni Membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni Membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni Membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni Membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro Assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun Membro è presso i Lloyd's, 1 Lime Street, EC3M 7HA, Londra. L'identità di ciascun Membro di un Sindacato di Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere accertate mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's – Corso Garibaldi 86, 20121 Milano.

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

Art. 15 – 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.

Art. 16 – Clausola Intermediario

Con la sottoscrizione della presente polizza il Contraente/Assicurato prende atto che:

- a) Ogni comunicazione effettuata all'Intermediario indicato nella scheda di copertura da Bridge Insurance Broker S.r.l. si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dall'Intermediario indicato nella scheda di copertura a Bridge Insurance Broker S.r.l. si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla Società Bridge Insurance Broker S.r.l. la facoltà di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza, pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata a Bridge Insurance Broker S.r.l. si considererà come effettuata agli Assicuratori;
- b) Ogni comunicazione effettuata da Bridge Insurance Broker S.r.l. si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Art. 17 – Oneri fiscali

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

Art. 18 – 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.

Art. 19 - Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale - vedasi Definizioni - 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 e le Perdite patrimoniali causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- a) azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazione 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;
- b) 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 esclusa 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, fatto salvo il contenuto dell'articolo 20.

Art. 20 – Precisazione 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.

L'Assicurazione opera altresì per Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Art. 21 - ESCLUSIONI

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

- a. Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data 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. Solo a titolo di mero esempio, _____ costituiscono circostanze note la comunicazione 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 dell'Azienda di _____
Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- 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.

21.2 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;
- 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 22;
- e. Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad 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.

Art. 22 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. 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 deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Art. 23 – Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Art. 24 – Estensione ultrattiva dell'Assicurazione

In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.

Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi altro motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza è riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività'. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al:

1. 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il secondo o successivo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto e il Coverholder del presente contratto;
2. 300 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto e il secondo o successivo anno di copertura assicurativa con il Coverholder del presente contratto;
3. 500 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa sia con gli Assicuratori del presente contratto che con il Coverholder del presente contratto.

Valgono le modalità previste dall'articolo 1 – Forma dell'Assicurazione (CLAIMS MADE) – Retroattività.

Art. 25 - 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, nè le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Le circostanze di sinistro non comportano l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato all'articolo 12 della presente polizza.

Data	Il Contraente/Assicurato
	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	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ
Articolo 3	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
Articolo 8	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Articolo 9	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA – RESCINDIBILITÀ ANNUALE
Articolo 10	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 12	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Articolo 16	CLAUSOLA INTERMEDIARIO
Articolo 21	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione claims made - 21.1)

INFORMATIVA E TUTELA DELLA PRIVACY
Informativa ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016

1 Finalità del trattamento:

I dati Suoi personali sono trattati da BRIDGE INSURANCE BROKER SRL per:

- a) l'esecuzione di obblighi contrattuali e precontrattuali connessi alla conclusione del contratto assicurativo, nonché per l'erogazione di servizi e/o prodotti connessi o accessori,
- b) prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative;
- c) comunicare i Suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto del Titolare o per la esecuzione dei contratti in essere. La base giuridica del trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (a) e (c) è il rapporto contrattuale o precontrattuale in essere tra Lei e il Titolare, e il Suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento. Per le finalità di cui alla lettera (b) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione.

2 Modalità e natura del trattamento dei dati:

In relazione alle suddette finalità, i dati personali sono raccolti in ottemperanza al principio di stretta necessità. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, e il mancato, parziale o inesatto conferimento potrebbe comportare, e di norma comporta, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e al Titolare di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere

3 Fonte e natura dei dati personali:

I dati personali sono raccolti dall'Intermediario per poi essere trasmessi al Titolare. Sono raccolti e trattati dati personali anche particolari ex art. 9 Reg UE 679/2016. Questi ultimi sono raccolti solo se strettamente indispensabili, in osservanza del principio di minimizzazione del trattamento.

4 Comunicazione dei dati personali:

a) I suoi dati potranno essere comunicati esclusivamente per finalità assicurative o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori d'agenzia, mediatori d'assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici, di archiviazione o altri servizi di natura tecnico/organizzativa; banche depositarie per i Fondi Pensione; organismi associativi (ANIA e conseguentemente, imprese di assicurazione ad essa associate) e consorzi propri del settore assicurativo, IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei Trasporti in Concessione;

b) Inoltre i dati personali potranno essere comunicati a Banche o Istituto di Credito.

I Suoi dati non saranno oggetto di trasferimento a Paesi Extra UE o a Organizzazioni Internazionali e non saranno oggetto di diffusione.

5 Periodo di conservazione:

I Suoi dati personali saranno conservati per il tempo necessario per l'espletamento di tutti gli obblighi nascenti dal contratto intercorso, oltre che per il periodo di tempo ulteriormente necessario all'adempimento degli obblighi di legge in materia fiscale, tributaria e assicurativa.

6 Processo decisionale automatizzato:

La Società, al fine di predisporre i propri preventivi, calcolare la classe di rischio ed il premio assicurativo, potrebbe avere necessità di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando i dati inerenti alla precedente storia assicurativa dell'interessato e ai pregressi eventi (quali, ad esempio i sinistri). Questo processo è necessario per la stipula del contratto di assicurazione e il Titolare potrà ricorrervi unicamente nel caso in cui il trattamento non abbia ad oggetto i dati particolari di cui all'art. 9 Reg. UE 679/2016. All'interessato è assicurato il diritto di poter richiedere l'intervento umano in caso di diniego dell'offerta assicurativa.

6 Diritti dell'interessato

Si ricorda che l'interessato ha diritto di esercitare le facoltà previste agli artt. 15-22 del Reg. Europeo 679/2016.

In particolare, contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo mail info@bridgeinsurance.it l'interessato potrà chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano, ricevere i dati personali forniti al Titolare e trasmetterli ad un altro Titolare del trattamento senza impedimenti (c.d. portabilità), ottenere l'aggiornamento, la limitazione del trattamento, la rettificazione dei dati e la cancellazione di quelli trattati in difformità dalla normativa vigente.

L'interessato ha poi diritto, per motivi legittimi, di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ed al trattamento per fini di invio di materiale pubblicitario, di vendita diretta e per il compimento di ricerche di mercato. Ha altresì diritto a proporre reclamo al Garante della Privacy quale autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali.

7 Titolare del Trattamento

Il titolare dei dati personali è - BRIDGE INSURANCE BROKER SRL - Via del Brennero, 358 - 55100 Lucca www.bridgeinsurance.it - info@bridgeinsurance.it, in persona del legale rappresentante pro tempore, sig. Alessandro Cianelli.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;
- b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo e Data _____

L'interessato Nome e Cognome leggibili _____ Firma _____

c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo e Data _____

L'interessato Nome e Cognome leggibili _____ Firma _____

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

Responsabilità per Colpa Grave Dipendenti S.S.N.

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

The indication of premium is subject to the examination of the completed Proposal Form, dated and signed by the authorized person, and of whatever other document or information the Underwriters deem necessary to carry out the correct assessment of the risk.

"The incorrect statements or non disclosure of information by the Insured Party relating to circumstances in such a way that the Insurer would not have given their consent or would not have given the same conditions if they knew the true state of affairs, will result in the cancellation of the contract where the Insured party has acted with malicious intent or with gross negligence "(Article 1892 comma I Civil Code).

The Insured Party is required to communicate to the Insurer all relevant and material elements regarding the assessment and the acceptance of risk; Failure to comply with this obligation may result in the invalidity of the insurance contract and / or the loss of the right to compensation.

1. **Contraente / Ragione Sociale:**

Insured party / Company Name _____

Partita Iva e/o Codice Fiscale del Proponente

VAT number or fiscal code of Proposer _____

Indirizzo del Proponente

Address of proposer _____

Città / City _____ **CAP / Post code** _____ **Provincia / Province** _____

- **Data di inizio dell'attività:**

Start date of activity: _____ / _____ / _____

- **Anno di iscrizione all'albo se presente**

Year registered on professional register _____ / _____ / _____

Data costituzione:

(in caso di studio associato)

Date established:

(in the case of associated studio)

_____ / _____ / _____

Sito Web:

Web site: _____

Indirizzo PEC:

Certified Email address: _____ @ _____

2. L'Assicurato ha mai sottoscritto proposte o è mai stato assicurato per la R.C. Professionale?*Has the Insured ever submitted a proposal or ever been insured for Professional Indemnity insurance?* Si / Yes No**Se sì, indicare il nome dell'Assicuratore, i massimali, le franchigie, il premio lordo, la retroattività e la data di scadenza***If yes, indicate the name of the Insurer, the limit of indemnity, the excesses, the gross premium, the retroactivity and the date of expiry***Nome Assicuratore***Name of Insurer:* _____**Massimale***Limit of Indemnity: €* _____**Franchigie o Scoperti***Excess or deductible: €* _____**Premio Lordo***Gross Premium: €* _____**Scadenza contratto***Expiry of contract:* ____/____/____**Retroattività***Retroactive period:* _____**3. Attività svolta che si intende assicurare:***Activity:*

- | | | | |
|---|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed Immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anatomia patologica | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione | <input type="checkbox"/> Igiene e medicina preventiva | <input type="checkbox"/> Odontoiatria senza implantologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andrologia | <input type="checkbox"/> Immunologia | <input type="checkbox"/> Odontoiatria con implantologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e foniatría | <input type="checkbox"/> Malattie infettive | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica | <input type="checkbox"/> Medicina del lavoro | <input type="checkbox"/> Patologia clinica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Biologia | <input type="checkbox"/> Medicina dello sport | <input type="checkbox"/> Pediatria esclusi pazienti nei primi 60 gg | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina di base | <input type="checkbox"/> Pediatria inclusi pazienti nei primi 60 gg | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina di comunità | <input type="checkbox"/> Psichiatria/Clinica Psichiatrica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia apparato digerente | <input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza | <input type="checkbox"/> Psicologia clinica/Psicoterapia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione/Fisiatria | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia generale | <input type="checkbox"/> Medicina generale | <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia maxillo facciale | <input type="checkbox"/> Medicina interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina legale | <input type="checkbox"/> Scienza della alimentazione/Dietologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia plastica e ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina nucleare | <input type="checkbox"/> Tossicologia medica | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia toracica | <input type="checkbox"/> Medicina tropicale | <input type="checkbox"/> Urologia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare | <input type="checkbox"/> Medico abilitato non specializzato | <input type="checkbox"/> Veterinaria | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ematologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> <i>Specializzando</i> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Endocrinocirurgia | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> <i>Personale Sanitario non medico</i> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia e malattie del ricambio | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> <i>Infermieri</i> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epatologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> <i>Managers, Membri del Comitato etico</i> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile | <input type="checkbox"/> <i>Altro:</i> _____ | <input type="checkbox"/> |

4. Massimali / Limits of indemnity:
 € 1.000.000
 € 1.500.000
 € 2.500.000
 € 3.000.000
 € 5.000.000
 Altro € _____
5. Franchigia / Excess:
 Standard (nessuna)
 Altro / Other: _____
6. Retroattività / Retroactivity:
 10 anni (standard)
 Illimitata
7. Estensioni di Copertura / Extensions of Cover:
 Art. 24 - Estensione ultrattiva dell'Assicurazione
 Abrogazione Art. 21.2 lett. e – Consenso Informato

8. Si sono mai verificate perdite o sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro l'assicurato negli ultimi 5 anni?*Have you ever experienced any losses or have there ever been any requests for damages against the insured in the last 5 years?*

Si/Yes No

Se sì, fornire tutti i dettagli possibili tramite la compilazione del **CIS (Claims Information form)**
If yes, please provide all necessary details through the completion of a CIS (Claims Information form)

9. Siete a conoscenza di qualche circostanza che possa dare origine ad una perdita o ad una richiesta di risarcimento?*Do you know of any circumstances that might give rise to a loss or a request of compensation?*

Si / Yes No

*Se sì, fornire dettagli / If yes, please provide details***N.B. Le circostanze passate, dichiarate o non dichiarate, non sono da considerarsi coperte dalla presente polizza assicurativa****10. Qualche compagnia assicuratrice ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare la copertura assicurativa per la R.C. Professionale dell'Assicurato negli ultimi 5 anni?***Has any insurance company ever cancelled or refused to provide insurance cover or renew the policy of the Insured for Professional Indemnity in the last 5 years?*

Si / Yes No

*Se sì, fornire dettagli / if yes please provide details***DICHIARAZIONE**

Il Sottoscritto/Proponente dichiara per proprio conto e a nome di tutti gli Assicurandi:

- di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
- che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
- che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua RC Professionale;
- di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;

DECLARATION

The undersigned/proposer declares on their own behalf and on behalf of all other insured persons:

- of taking note that this proposal does not bind the Insurer or the proposer to the agreement of the contract of Insurance
- that the information provided in this module are true and complete
- that no insurance company has ever cancelled or refused to provide cover or renew an insurance policy relating to Professional Indemnity cover.
- of not having omitted any element relevant for the assessment of risk

Il CONTRAENTE/ASSICURATO dichiara di aver preso visione del Set Informativo redatto ai sensi del regolamento IVASS (ex ISVAP) art. 35 del 2010 composto da: DIP, DIP Aggiuntivo, glossario, condizioni generali di assicurazione.

THE INSURED PARTY declares of having seen and understood the linformation Set created in accordance with the IVASS regulations (ex ISVAP) art. 35 2010 and composed of : DIP, DIP Aggiuntivo, glossary, general conditions of insurance.

Data /Date _____ Firma /Signature _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni delle Condizioni Particolari elencate nella Scheda di Copertura.

In accordance with Articles 1322, 1341 and 1342 C.C The undersigned/proposer declares of specifically of agreeing with the provision of the Conditions listed in the Schedule of Cover.

Data/Date _____ Firma/Signature _____

Il presente questionario ha validità 30 giorni dalla data di validazione/compilazione, scaduti i quali, in caso di emissione contrattuale, l'assicurato dovrà firmare e compilare una dichiarazione senza sinistri (No Claims Declaration).

This Proposal Form is valid for 30 days from the date of assessment/completion, expiring in the case of issuing of contract when the Insured will have to complete and sign a No Claims Declaration