

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA
RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE” del
PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato, siano essi utilizzati al singolare che al plurale.

Nel testo, i termini contenuti nelle Definizioni sono evidenziati in grassetto e con iniziale maiuscola.

Intestatario della Polizza	il soggetto identificato nella Scheda che stipula questa Assicurazione per conto proprio e per conto dell' Assicurato di seguito definito. Si applica il disposto dell'art. 1891 del Codice Civile.
Assicurato	è Assicurato l' Intestatario della Polizza stesso, oppure il soggetto indicato nella Scheda di Copertura
Assicuratori	la Compagnia LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dagli Assicuratori .
Broker / Agente	l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura al quale l' Intestatario della Polizza ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questo Contratto
Carica	l'attività svolta dall' Assicurato presso la Struttura Sanitaria Pubblica con la quale l' Assicurato , ha un rapporto di impiego, di mandato o di servizio, così come indicato nella Scheda di Copertura .
Certificato	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di Assicurazione .
Corrispondente dei Lloyd's	l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura al quale gli Assicuratori (per il tramite del Coverholder) hanno conferito il mandato per la ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa al presente Certificato , nonché per l'incasso dei Premi .
Coverholder	l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda al quale gli Assicuratori hanno conferito il mandato per l'emissione e la gestione del presente Certificato .
Danno	il pregiudizio economico, suscettibile di valutazione economica, conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i Danni ad animali, alla salute o biologici nonché il Danno morale, compresi danni ad essi consequenziali.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall' Assicurato agli Assicuratori , del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nel presente Certificato .

Documenti Precontrattuali	<p>i documenti elencati di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIP - DIP Aggiuntivo - Condizioni di Assicurazione - Proposta di Contratto
Ente o Azienda di Appartenenza	<p>la Struttura Sanitaria Pubblica con la quale l'Assicurato ha un rapporto di servizio o un mandato alla data di effetto di questo Certificato ed il cui nome è indicato nella Scheda di Copertura.</p>
Massimale	<p>la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.</p>
Massimale di Corresponsabilità	<p>la massima somma che gli Assicuratori corrispondono ai soggetti Assicurati, appartenenti alla stessa Struttura Sanitaria Pubblica, qualora questi ricevano comune Richiesta di Risarcimento, ovvero una richiesta originata da un unico evento al quale hanno concorso più soggetti Assicurati.</p>
Modulo di Variazione di Rischio	<p>il documento contenente le informazioni essenziali per gli Assicuratori per la valutazione della variazione di rischio richiesta dall'Assicurato. Il Modulo di Variazione di Rischio costituisce parte integrante del presente Certificato ed è allegata allo stesso.</p>
Periodo di Assicurazione	<p>il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'Art.1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.</p>
Periodo di Efficacia	<p>il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.</p>
Periodo di Osservazione	<p>quel periodo di tempo decorrente dalla scadenza del Periodo di Assicurazione, durante il quale potrà essere notificata per iscritto agli Assicuratori qualsiasi Richiesta di Risarcimento presentata per la prima volta contro l'Assicurato durante detto periodo di tempo, in seguito a Danni verificatosi prima dell'inizio del Periodo di Osservazione e comunque coperti dal presente Certificato.</p>
Premio	<p>la somma dovuta dall'Assicurato agli Assicuratori.</p>
Proposta di Contratto	<p>la Proposta di Contratto relativa al presente Certificato, contenente le informazioni essenziali per la valutazione del rischio da parte degli Assicuratori, fermo restando l'obbligo dell'Assicurato di fornire tutte quelle altre informazioni di cui sia a conoscenza che possano influire sulla decisione di offrire la copertura assicurativa del rischio, secondo quanto disposto dagli Artt. 1892, 1893 e 1594 del Codice Civile.</p>

	La Proposta di Contratto costituisce parte integrante del presente Certificato ed è allegata allo stesso.
Richiesta di Risarcimento e/o Circostanze	<p>quella che per prima, tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimento promosso dalla Procura della Corte dei Conti per Colpa Grave, contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione. • La comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per Danni o perdite cagionati da fatti gravemente colposi purché riferite a procedimenti in corso davanti alla Corte dei Conti. • La comunicazione con la quale la Società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per Danni o perdite cagionati da fatti gravemente colposi purché riferite a procedimenti in corso davanti alla Corte dei Conti
Scheda e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
Sinistro	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, notificata all' Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione .
Struttura Sanitaria Pubblica	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, facente capo al Sistema Sanitario Pubblico.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1– Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio

Con la firma di questo **Certificato** l'**Assicurato** dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nella **Proposta di Contratto**, alle quali l'**Assicurato** dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del Sistema Sanitario Pubblico e prevalentemente alle dipendenze della **Struttura Sanitaria Pubblica** indicata nell'annessa **Scheda di Copertura**;
- 1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la **Struttura Sanitaria Pubblica** presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente **Assicurazione**, ivi inclusa la libera professione intramoenia, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura della Responsabilità Civile dell'**Assicurato**, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.
- 1.4 di avere preso atto che la presente **Assicurazione** non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla **Azienda di appartenenza** con la stipula di polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei **Massimali** e somme assicurate previste da tale **Assicurazione** e/o dai fondi regionali e aziendali.

Art. 2 – Reticenze e dichiarazioni inesatte

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

L'**Assicurato** deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella **Scheda di Copertura**. Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

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

Art. 3 – Periodicità e mezzi di pagamento del Premio

Il **Premio** è dovuto con periodicità annuale.

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella **Scheda** se il **Premio** è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato.

Se l'**Assicurato** non paga il **Premio** relativo al primo **Periodo di Assicurazione**, l'**Assicurazione** resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto degli **Assicuratori** al pagamento dei **Premi** scaduti ai sensi dell'Art.1901 del Codice Civile.

I **premi** devono essere pagati dal **Broker/Agente** o dal **Corrispondente dei Lloyd's** al **Coverholder** attraverso cui la presente **Assicurazione** è stata negoziata, secondo i termini previsti negli accordi di collaborazione stipulati tra le parti.

Gli unici mezzi di pagamento del **Premio** agli **Assicuratori** sono i seguenti: bonifici bancari/assegni circolari e contanti fino ad un massimo di Euro 750,00 (settecentocinquanta Euro) a favore degli **Assicuratori** e/o degli intermediari autorizzati espressamente in tale qualità.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti o Aziende diversi da quelli di appartenenza, l'**Assicurato** dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo **Premio**.

Il **Premio** dovuto sarà pari al maggiore tra i premi delle diverse mansioni ricoperte più il 75% (settantacinque per cento) della somma dei **Premi** relativi alle rimanenti mansioni ricoperte.

Art. 4 – Forma delle comunicazioni – Variazioni del contratto

Ogni comunicazione relativa a questo contratto assicurativo deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto assicurativo deve risultare da atto sottoscritto dall'**Assicurato** e dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia.

Art. 5 – Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio – Diritto di recesso dell'Assicurato

L'**Assicurato** deve completare e sottoscrivere la **Proposta di Contratto** e trasmetterla al **Broker/Agente**.

Ai fini dell'individuazione della corretta decorrenza del **Periodo di Validità** dell'**Assicurazione**, farà fede esclusivamente la data del pagamento del **Premio** ricevuto dal **Broker/Agente**.

In caso di mancato pagamento del **Premio** in sede di rinnovo dell'**Assicurazione** trova applicazione quanto disposto dall'Art.1901 Codice Civile.

L'**Assicurato** ha diritto di recedere dalla presente **Assicurazione** mediante raccomandata a.r. da inviarsi al **Broker/Agente** nei 14 (quattordici) giorni successivi alla data di decorrenza del **Periodo di Validità** dell'**Assicurazione** come sopra definita. Gli **Assicuratori** provvederanno al rimborso del **Premio** non usufruito, al netto dell'imposta.

Con l'attivazione del presente Certificato non è consentito all'Assicurato attivare altri certificati con lo stesso Assicuratore (inteso quale Arch Underwriting at Lloyd's Ltd (Lloyd's Brussel Syndicate 5348 - Arch 2012) per la stessa annualità. In caso di attivazione di più certificati sarà ritenuto valido esclusivamente il primo Certificato emesso in ordine cronologico.

Art. 6 – Variazione dell'attività

L'**Assicurato** deve informare gli **Assicuratori** della variazione di attività svolta, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data in cui è intervenuta la variazione medesima, a mezzo compilazione, sottoscrizione ed invio agli **Assicuratori** dell'apposito **Modulo di Variazione di Rischio**. Qualora il **Modulo di Variazione di Rischio** sia ricevuto dagli **Assicuratori** nei termini di cui sopra, l'**Assicurazione** è operante dalla data in cui è intervenuta la variazione dell'attività; diversamente, in caso di comunicazione tardiva, l'**Assicurazione** è operante dalle ore 24.00 della data di ricezione del **Modulo di Variazione di Rischio** da parte degli **Assicuratori**.

L'eventuale adeguamento del **Premio** sarà comunicato all'**Assicurato** attraverso il **Broker/Agente**.

Art. 7 – Variazioni legali del rischio

Fermo restando quanto previsto all'Art. 6 - *Variazione dell'attività*, qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** si verifichi una diminuzione (Art. 1897 Codice Civile) o un aggravamento (Art. 1898 Codice Civile) del rischio per effetto del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'**Assicurato** presso la **Struttura Sanitaria Pubblica** come indicata nella **Scheda di Copertura**, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa **Assicurazione** senza alcuna modifica del **Premio** dovuto agli **Assicuratori**

Art. 8- Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia di Sinistri

Fermo restando le definizioni di polizza **Richiesta di risarcimento** e **Sinistri**, è fatto obbligo all'**Assicurato** denunciare, entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i **Sinistri** per cui abbia ricevuto in forma certa:

- a. Formale messa in mora da parte dell'**Azienda di appartenenza** e/o degli **Assicuratori** dell'**Azienda di appartenenza** per responsabilità per colpa grave;
- b. Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o procedimento civile promosso contro l'**Assicurato** in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa **Assicurazione** non costituiscono un **Sinistro** ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

L'**Assicurato** deve far **Denuncia** scritta agli **Assicuratori** di ciascun **Sinistro** entro 10 (dieci) giorni da quando ne è

venuto a conoscenza. La **Denuncia** va fatta al **Broker/Agente** e/o al **Corrispondente dei Lloyd's**.

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

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

Si richiama il secondo comma dell'Art. 12 - *Coesistenza di altre Assicurazioni*, 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. 9- Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni **Denuncia di sinistro** e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'**Assicurato** che gli **Assicuratori** possono recedere da questo contratto assicurativo con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli **Assicuratori**, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'**Assicurato** la frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Art. 10- Risoluzione annuale

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

Art. 11- Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali

Gli **Assicuratori** assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'**Assicurato**, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'**Assicurato** stesso.

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

Gli **Assicuratori** non riconoscono le spese incontrate dall'**Assicurato** per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'**Assicurato**.

Art. 12 - Coesistenza di altre Assicurazioni

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi **Danni** o perdite, questa **Assicurazione** opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i **Massimali** previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il **Massimale** stabilito nella **Scheda di Copertura** e ferme le franchigie ove applicabili. L'obbligo di comunicare agli **Assicuratori** la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di **Sinistro**. L'**Assicurato** è tenuto a denunciare il **Sinistro** a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare la perdita del diritto all'indennità.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente **Certificato**, si fa rinvio alle disposizioni della Legge italiana vigente in materia. Per le eventuali controversie inerenti il presente **Certificato** è esclusivamente competente il Tribunale del luogo ove ha sede l'**Assicurato**.

Art. 14 – Oneri fiscali

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

Art. 15 – Clausola Intermediario

Con la sottoscrizione della presente polizza l'**Intestatario della Polizza**, anche per conto di ogni altro soggetto assicurato da questa polizza, conferisce al **Broker/Agente** identificato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al **Coverholder** ed al **Corrispondente dei Lloyd's** l'incarico di emettere e gestire il presente contratto di assicurazione, e di ricevere e trasmettere la corrispondenza ad esso relativa.

È convenuto pertanto che:

- a) ogni comunicazione fatta dal **Coverholder** al **Corrispondente dei Lloyd's** oppure al **Broker/Agente**, anche in caso di avviso di disdetta o di recesso dal contratto, si considererà come fatta all'**Intestatario della polizza** e all'**Assicurato**;
- b) ogni comunicazione fatta dal **Broker/Agente** oppure dal **Corrispondente dei Lloyd's** al **Coverholder** si considererà come fatta dall'**Intestatario della polizza** o dall'**Assicurato** stesso; in caso di avviso di disdetta o di recesso dal contratto, la volontà di disdire il contratto o di recedere dallo stesso dovrà risultare da apposita dichiarazione avente data certa, sottoscritta dall'Intestatario della polizza;
- c) ogni comunicazione fatta al **Coverholder** si considererà come fatta agli **Assicuratori**;
- d) ogni comunicazione fatta dal **Coverholder** si considererà come fatta dagli **Assicuratori**.

Gli **Assicuratori** accettano che il pagamento dei **Premi** sia fatto tramite il **Broker/Agente** oppure il **Corrispondente dei Lloyd's**.

Art. 16 – 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. 17 – Legge applicabile - Giurisdizione - Elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari

E' convenuto tra le parti che la presente **Assicurazione** è regolata da e sarà interpretata esclusivamente in base alla Legge italiana.

Ogni controversia derivante da, relativa a e/o connessa alla presente **Assicurazione** sarà devoluta all'autorità giudiziaria italiana.

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari da parte dell'**Assicurato** agli **Assicuratori** ai sensi della presente polizza, questi ultimi eleggono domicilio presso:

Ufficio Italiano di Lloyd's
All'attenzione del Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's

Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@lloyds.com

L'elezione di domicilio che precede non pregiudica il diritto degli **Assicuratori** di eccepire decadenze e/o tardività nella notificazione degli atti.

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PATRIMONIALE E DANNI ERARIALI
(RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA ED AMMINISTRATIVO-CONTABILE)****CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE****Art. 18 – Oggetto dell'Assicurazione**

Verso pagamento del **Premio** convenuto e alle condizioni tutte di questo **Certificato**, gli **Assicuratori**, fino a concorrenza del **Massimale** quale definito all'Art. 25 – *Massimale di Assicurazione* e stabilito nella **Scheda di Copertura**, prestano l'**Assicurazione** nella forma "claims made" enunciata all'Art. 20 - *Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made)* e si obbligano a tenere indenne l'**Assicurato** di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria qualora l'**Assicurato** sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza della Corte dei Conti a titolo di **Danno** all'immagine dell'Ente e della Pubblica Amministrazione in genere.
- Azione di surrogazione esperita dalla Società di **Assicurazione** dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge a condizione che l'**Assicurato** sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti.

L' **Assicurazione** è riferita alle attività dichiarate dall'**Assicurato** nella **Proposta di Contratto** ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre **Strutture Sanitarie Pubbliche** e dichiarate nella **Scheda di Copertura**, 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 medico-sanitarie demandate all'**Assicurato** nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze della **Struttura Sanitaria Pubblica** indicata nella **Scheda di Copertura**, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'**Assicurazione** comprende la responsabilità civile personale per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

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

Art. 19 – Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva dell' Assicurazione (Claims Made)

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

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno, mese ed anno indicati nella **Scheda di Copertura**.

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** nella **Proposta di Contratto** ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende sanitarie e dichiarate nella **Proposta di Contratto**, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

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

Art. 21 – Nozione di “Terzo” o “Terzi”

Il termine “terzo” o “terzi” sta a significare ogni persona diversa dall’**Assicurato**, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell’**Assicurato** nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Art. 22 – Esclusioni

Premesso che questa è un’**Assicurazione** nella forma “claims made”, quale temporalmente delimitata nel presente **Certificato**, sono esclusi:

- a. i **Sinistri** che siano denunciati agli **Assicuratori** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, salvo la tolleranza di 10 (dieci) giorni di cui all’*Art.8 – Obblighi dell’Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia di Sinistri*;
- b. le **Richieste di risarcimento** avanzate nei confronti dell’**Assicurato** prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione** in corso, anche se mai denunciate a precedenti **Assicuratori**; i **Sinistri** e le circostanze denunciati ai precedenti **Assicuratori**; le **Richieste di risarcimento** connesse a fatti e circostanze che fossero già note all’**Assicurato** prima della data di inizio del **Periodo di Assicurazione**. Configurano fatti e circostanze note: l’aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l’aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell’**Azienda di appartenenza** o dal suo assicuratore; l’essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria **Azienda di appartenenza** e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all’**Assicurato**.
- c. i **Sinistri** relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella **Scheda di Copertura**.

Sono escluse dall’Assicurazione le richieste di risarcimento:

1. riconducibili ad attività non rientranti nell’ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all’attività intramoenia ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici.
2. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall’**Assicurato** con dolo;
3. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
4. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l’**Assicurato** abbia posto termine all’attività professionale con conseguente cancellazione dall’Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall’Albo professionale o licenziato per giusta causa;
5. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o **Richieste di risarcimento** fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all’*Art. 27 – Territorialità e Giurisdizione*;
6. per **Danni** che siano imputabili all’assenza del consenso informato;
7. per **Danni** derivanti dall’impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall’**Assicurato**;
8. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all’impegno di risultato assunto dall’**Assicurato**;
9. derivanti da violazione dell’obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

10. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'**Assicurato**, oppure relative ai cosiddetti **Danni** di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
11. relative a **Danni** alle cose mobili e immobili che l'**Assicurato** abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'**Assicurato** è medico veterinario;
12. relative a perdite o **Danni** da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
13. riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'**Assicurato**;
14. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da **Danno** ambientale;
15. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
16. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'**Assicurato** o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'**Assicurato** esercita la professione;
17. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
18. che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla **Carica** di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.
19. Derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni di diritti della persona.
20. derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.
21. che siano presentate nei confronti di qualsiasi **Assicurato** in qualsiasi modo riconducibili a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti d'America), a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: Cuba, Iran, Corea del Nord, Myanmar, Sudan, Libia e Siria.
Si conviene inoltre che gli Assicuratori non sarà tenuto:
 - al pagamento di qualsiasi somma dovuta a qualunque persona fisica o persona giuridica che sia stata dichiarata non idonea a ricevere vantaggi o benefici economici in seguito a embargo o sanzioni previste dall'ONU, dall'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America;
 oppure:
 - al rimborso di un **Assicurato** che abbia indennizzato tale persona fisica o persona giuridica.

Art. 23 – Estensione dell'Assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – Protezione di eredi e tutori

Se durante il **Periodo di Assicurazione** in corso l'attività professionale dell'**Assicurato** viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per

motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'**Assicurato** resta coperta alle condizioni di **Assicurazione** operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo. Previo il pagamento di un **Premio** aggiuntivo calcolato come indicato nella Scheda di Copertura, è riservata all'**Assicurato** la facoltà di acquistare un **Periodo di Osservazione** della durata di 5 o 10 anni per eventuale azioni nei propri confronti relativamente a fatti verificatisi durante il **Periodo di efficacia** del presente **Certificato**.

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

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

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

Art. 24 - Massimale di Assicurazione

La copertura assicurativa viene prestata, per ciascun **Assicurato**, per **Sinistro** e per anno assicurativo, ivi compreso il **Periodo di efficacia** retroattiva ed ultrattiva della **Assicurazione**, fino alla concorrenza del **Massimale** della **Scheda di Copertura**, laddove applicabile.

Nel caso in cui l'**Assicurato** ricopra più **Cariche** il **Massimale** deve intendersi unico per tutte le **Cariche** ricoperte.

Art. 25 – Massimale di Corresponsabilità

Resta convenuto che, nel caso di Corresponsabilità di più soggetti **Assicurati** appartenenti allo stesso Ente nella determinazione di un medesimo **Sinistro**, gli **Assicuratori** per tale **Sinistro** sono obbligati sino ad un massimo, complessivamente fra tutti gli **Assicurati**, definito **Massimale di Corresponsabilità** ed indicato nella **Scheda di Copertura**.

Art. 26 - Surrogazione

Gli **Assicuratori** sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di **Danni** sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'**Assicurato** può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'**Assicurato** è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle Strutture Sanitarie Pubbliche, che sono soggetti per legge all'**Assicurazione** sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Art. 27-- Territorialità e giurisdizione

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 di appartenenza**, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'**Assicurazione** che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli **Assicuratori** pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPLICITAMENTE PER ISCRITTO

Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 Codice Civile, l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di **Assicurazione** e delle Condizioni di **Assicurazione**:

- Art. 1** Dichiarazioni precontrattuali e variazione del rischio
- Art. 3** Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
- Art. 5** Attivazione dell'Assicurazione - Inizio e termine dell'Assicurazione – Termini di pagamento del Premio
- Art. 8** Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la Denuncia dei Sinistri
- Art. 11** Gestione delle vertenze del Danno - Spese legali
- Art. 19** Forma dell'Assicurazione e periodo di efficacia retroattiva della Assicurazione (Claims Made)
- Art. 22** Esclusioni
- Art. 27** Territorialità e giurisdizione

Eventuali Estensioni di **Assicurazione** e/o Condizioni Particolari Aggiuntive concordate e riportate nella **Scheda di Copertura**.

Data

Intestatario della Polizza / Assicurato (Firma)
