SET INFORMATIVO

RCP Medico Libero Professionista Con Atti Invasivi

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni.
Impresa che realizza il prodotto: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Non Applicabile
Prodotto: RC Professionale del Medico Libero Professionista
Data di realizzazione del DIP Danni: 18/12/2018
Il DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bruxelles (Belgio) Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050. 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 filiale italiana di Lloyd's Insurance Company S.A. è sita in Milano, 20121 Corso Garibaldi 86,
E-mail: informazioni@lloyds.com
Tel: +39 02 6378 8870
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Che tipo di assicurazione è?
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.

Che cosa è assicurato?

- ✓ 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 causata da fatto colposo (lieve o grave), da errore o da omissione, involontariamente commessi 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 assicurator, 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).

Che cosa non è assicurato?

- ✗ Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato o di taluno dei suoi legali rappresentanti o amministratori (art. 1917 del codice civile)
- ✗ Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il sottolimite di indennizzo o massimale pattuito
- ✗ L'assicurazione non tiene indenne l'Assicurato: per fatti dovuti a insolvenza o fallimento dell'Assicurato, in relazione ad attività diverse dall'attività professionale, in relazione ad attività svolte dopo che l'attività professionale dichiarata sia venuta a cessare per qualunque motivo, per tutte le obbligazioni di natura fiscale o contributiva, per multe, ammende, penalità, sanzioni, per danni che si verifichino o insorgano da inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, per violazione di diritti di autore o di proprietà intellettuale. Sono altresì esclusi i danni che si verifichino e le responsabilità che insorgano da guerra o atti di terrorismo e contaminazioni radioattive o nucleari. Sono escluse le spese di giustizia penale.
- ✗ Sono esclusi i danni, le perdite, i costi e le spese di qualsiasi tipo, che siano direttamente o indirettamente causati connessi o risultanti da: (i) guerra, invasione, azione di nemici, ostilità, operazioni belliche, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, tumulti civili, potere militare, usurpazione di potere; oppure (ii) qualsiasi atto di terrorismo.
- ✗ Sono inoltre esclusi: (i) la perdita, la distruzione o il danneggiamento di qualunque cosa o bene mobile o immobile, i costi e i danni indiretti che ne conseguano; (ii) le responsabilità di qualunque tipo causati o derivanti da radiazioni ionizzati o da contaminazione dovuta alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte datali combustibili, dalle proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque compost nucleare esplodente o da un suo qualsiasi componente nucleare.
- ✗ derivanti da un Attacco Cyber;
- ✗ derivanti da indisponibilità parziale o totale o guasto di qualsiasi

Sistema Informatico; a condizione che il Sistema Informatico sia di proprietà o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato;

- ✘ relativi a ricezione o la trasmissione di malware, codici dannosi o simili da parte dell'Assicurato o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.
- ✘ derivanti da qualsiasi guasto o interruzione del servizio fornito:
  all'Assicurato o qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato da un fornitore di servizi Internet, un fornitore di telecomunicazioni o un fornitore di servizi cloud, ad eccezione dell'hosting di hardware e software di proprietà dell'assicurato;
  da qualsiasi fornitore di servizi, limitatamente al caso in cui tale mancanza di interruzione del servizio abbia un impatto su un Sistema Informatico posseduto o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.
- ✘ Relativi a qualunque copertura per i costi di ricostituzione o recupero di documenti persi, inaccessibili o danneggiati in possesso o controllo dell'Assicurato o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato in questo contratto, non si applicherà in caso di perdita, inaccessibilità o danneggiamento di Dati se conseguenza diretta o indiretta di un Attacco Cyber.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al testo di polizza.

Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

- ! L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato:
- ! per le richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima della data di effetto del Periodi 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 danni derivanti direttamente o indirettamente dalla presenza di muffe tossiche non alimentari o dalla presenza o uso di amianto;
- ! per danni derivanti dalla proprietà, dal possesso o dall'uso di terreni, fabbricati, animali, aeromobili, natanti, autoveicoli;
- ! per responsabilità assunte dall'assicurato con patti contrattuali, obbligazioni o garanzie;
- ! per danni o responsabilità derivanti da omissione, errore, ritardo nella stipulazione, nell'aggiornamento o nel rinnovo di adeguate coperture assicurative, cauzioni, fideiussioni;
- ! per danni o responsabilità derivanti da errore od omissione in attività connesse o finalizzate al reperimento o alla concessione di finanziamenti;
- ! per le richieste di risarcimento che abbiamo origine nei Paesi esclusi;
- ! per danni causati da attacchi cibernetici, dalla propagazione di virus nei computer, programmi;
- ! per atti o fatti commessi prima della data di retroattività.
- ! sono inoltre escluse le spese incontrate dall'Assicurato per legali o periti o consulenti che non siano designati o approvati dagli Assicurati.

Resta inteso che in nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si espongano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

Esclusioni aggiuntive:

- ! danni che si verifichino per effetto di onda sonica causata da aeromobili o altri mezzi aerei che volino a velocità sonica.

Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al testo di polizza.

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale per le richieste di risarcimento ovunque nel mondo, con esclusione degli USA, del Canada, delle Isole Vergini e dei territori sotto la giurisdizione degli stessi.

Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nel corso del contratto l'Assicurato e/o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.

Spazio riservato all'ufficio italiano dei Lloyd's

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è definito dalla normativa vigente al momento dell'emissione del contratto di assicurazione. Il premio deve essere pagato al momento dell'emissione del contratto di assicurazione e comunque non oltre la data di decorrenza dello stesso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza. La polizza ha durata annuale e cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta, a meno che in scheda di copertura non sia richiamata l'operatività della clausola del tacito rinnovo.

Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa che realizza il prodotto: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Non Applicabile
Prodotto: RC Professionale del Medico Libero Professionista
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 18/12/2018
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 Bruxelles (Belgio) Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050. 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 filiale italiana di Lloyd's Insurance Company S.A. è sita in Milano, 20121 Corso Garibaldi 86,
E-mail: informazioni@lloyds.com
Tel: +39 02 6378 8870

Il capitale sociale di Lloyd's Insurance Company S.A. ammonta ad € 136.222.500,00
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.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Decremento Retroattività al di sotto di 10 Anni	La retroattività prevista è pari a 10 anni, riducibile fino ad azzerarla completamente. Tale riduzione tuttavia menoma sensibilmente l'efficacia del contratto di assicurazione.

Inserimento franchigia	La franchigia prevista è pari a € 0, aumentabile fino a € 20.000.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Incremento Massimale	Il massimale minimo acquistabile è di Euro 250.000, fino ad un massimo di Euro 5.000.000
Medicina Estetica	Inclusione in garanzia delle richieste di risarcimento derivanti dall'iniezione di sostanze per finalità estetiche.
Atti invasivi	Inclusione in garanzia delle richieste di risarcimento derivanti da attività invasive.
Direzione Sanitaria	Inclusione in garanzia delle richieste di risarcimento che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** In caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare l'impresa entro 3 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, con una comunicazione scritta.
	Assistenza diretta / in convenzione: Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite ne' direttamente ne' indirettamente dall'impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite ne' direttamente ne' indirettamente dall'impresa.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cio il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Obblighi dell'impresa	L'impresa si impegna a pagare l'indennizzo entro 60 giorni dalla ricezione della quietanza debitamente sottoscritta dal beneficiario.

Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	Non è previsto il rimborso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto.

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

A chi è rivolto questo prodotto?
Il prodotto è rivolto a persone fisiche o giuridiche residenti in Italia.

Quali costi devo sostenere?
Costi di intermediazione **-** la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 15%.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto entro 5 (cinque) giorni dalla data del reclamo. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

All'IVASS	In caso di riscontro insoddisfacente o qualora un riscontro non sia stato ricevuto nel termine previsto di 45 giorni, Lei avrà facoltà di riportare la Sua doglianza all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, IVASS i cui contatti sono di seguito specificati: 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 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali	
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	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

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

LLOYD'S

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni.
Impresa che realizza il prodotto: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Non Applicabile
Prodotto: 3 Virus
Data di realizzazione del DIP Danni: 01/06/2021
Il DIP Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bruxelles (Belgio) Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050. 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 filiale italiana di Lloyd's Insurance Company S.A. è sita in Milano, 20121 Corso Garibaldi 86,
E-mail: informazioni@lloyds.com
Tel: +39 02 6378 8870
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura il personale sanitario per il contagio durante l'attività professionale ed extra-professionale..

Che cosa è assicurato?

La copertura assicurativa offerta è la seguente:

- ✓ 3 Virus: contagio da HIV, Epatite B e C, in caso di trasfusione sanguinea o nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata.

Che cosa non è assicurato?

Infortuni derivanti da:

- ✘ suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- ✘ uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o, se prescritto, non usato in conformità con la prescrizione;
- ✘ contagio trasmesso per via sessuale e conseguente allo stile di vita dell'Assicurato.
- ✘ qualsiasi patologia, diagnosticata o meno, per la quale l'Assicurato abbia cercato un parere, diagnosi, trattamento o terapia psicologica o della quale l'Assicurato fosse a conoscenza o avrebbe dovuto essere a conoscenza alla decorrenza di questa Assicurazione o per la quale l'Assicurato è stato curato negli ultimi cinque (5) anni precedenti alla decorrenza di questa Assicurazione.

Inoltre:

- ✘ Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che assuma o che abbia assunto narcotici per via endovenosa o sottocutanea diversamente dal corso normale di cure mediche secondo le prescrizioni di un medico debitamente abilitato;
- ✘ Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile qualora questa fosse direttamente o indirettamente causata da o avvenisse con il contributo di una condizione medica conosciuta alla Persona Assicurata stessa al momento della sua prima elencazione a titolo di Persona Assicurata, salvo annotazione nel modulo dell'eventuale dichiarazione effettuata della condizione all'Assicuratore per iscritto, e l'accettazione concessa dall'Assicuratore stesso della copertura delle eventuali richieste derivanti da detta causa;
- ✘ Nessuna richiesta sarà pagabile nei confronti di una Persona

Assicurata che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente per visita medica da parte del consulente medico dell'Assicuratore (ivi compreso il prelievo di campioni che il consulente medico possa ritenere necessario ogni qualvolta questo fosse ritenuto necessario da parte del consulente medico stesso);

✘ Nessuna richiesta d'indennizzo sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente all'Assicuratore e al loro consulente medico.

Per l'elenco completo delle esclusioni si rinvia al testo di polizza.

Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

! L'Assicurato dovrà garantire la comunicazione scritta entro 7 giorni all'Assicuratore di ogni circostanza che possa dare luogo a una richiesta di indennizzo;

! Ai fini della presente Polizza, una Persona Assicurata che ha subito un Infortunio è ritenuta infetta da HIV, HBV o HCV a termine della presente Polizza se e soltanto se:

! entro un periodo di 24 ore successivo all'Infortunio la Persona Assicurata faccia una formale denuncia dell'Infortunio medesimo all'ufficio del personale dell'Assicurato e alla persona responsabile all'interno dell'organizzazione dell'Assicurato;

e

! entro un periodo di 72 ore successivamente all'Infortunio stesso:

a) la Persona Assicurata si sottoponga ad un Test per HIV che dimostri che la Persona Assicurata che ha subito l'infortunio non è affetta da Virus HIV, HBV o HCV;

e

! b) la Persona Assicurata dia comunicazione scritta all'Assicuratore dell'Infortunio subito;

nonché

! c) entro un periodo di 3 mesi successivamente all'Infortunio stesso la Persona Assicurata si sottoponga a un Test per HIV, HBV o HCV conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la Persona Assicurata che ha subito l'infortunio non è affetta da Virus HIV, HBV o HCV;

nonché

! d) entro un periodo di 7 mesi solari a partire dalla data dell'incidente stesso in seguito a successivi Test la Persona Assicurata venga per la prima volta diagnosticata come soggetto positivo a HIV, HBV o HCV da un'autorità competente con diagnosi conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente.

Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rinvia al testo di polizza.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale ovunque nel mondo, con esclusione degli USA, del Canada, delle Isole Vergini e dei territori sotto la giurisdizione degli stessi.

Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nel corso del contratto l'Assicurato e/o il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's specificato in polizza, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è definito dalla normativa vigente al momento dell'emissione del contratto di assicurazione. Il premio deve essere pagato al momento dell'emissione del contratto di assicurazione e comunque non oltre la data di decorrenza dello stesso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza. La polizza ha durata variabile e cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta, a meno che in scheda di copertura non sia richiamata l'operatività della clausola del tacito rinnovo.

Spazio riservato all'ufficio italiano dei Lloyd's

Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata con preavviso di almeno 30 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.

LLOYD'S

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa che realizza il prodotto: Lloyd's Insurance Company S.A.
Intermediario in veste di Manufacturer de facto: Non Applicabile
Prodotto: 3 Virus

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 01/01/2021
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 Bruxelles (Belgio) Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050. È 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 filiale italiana di Lloyd's Insurance Company S.A. è sita in Milano, 20121 Corso Garibaldi 86,
E-mail: informazioni@lloyds.com
Tel: +39 02 6378 8870

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?

L'Assicurazione prevede una copertura in virtù della quale all'Assicurato sarà riconosciuto un indennizzo se, durante lo svolgimento delle sue mansioni lavorative, nonché in caso di trasfusione sanguinea, ovvero a seguito di aggressione fisica, sarà derivato un infortunio come conseguenza dal contagio dei virus dell'HIV e dell'Epatite B o C..

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?
Non è possibile attivare personalizzazioni per questo prodotto.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO Non vi sono opzioni che consentano la riduzione del premio
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Incremento Massimale	Possibilità di incrementare il massimale

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP. L'elenco completo delle esclusioni è presente nel testo di polizza

Ci sono limiti di copertura?

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare incaso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** L'Assicurato dovrà garantire la comunicazione scritta entro 7 giorni all'Assicuratore di ogni circostanza che possa dare luogo a una richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta / in convenzione: Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite né direttamente né indirettamente dall'impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: Non sono previste prestazioni aggiuntive fornite né direttamente né indirettamente dall'impresa.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Obblighi dell'impresa	L'impresa si impegna a pagare l'indennizzo entro 60 giorni dalla ricezione della quietanza debitamente sottoscritta dal beneficiario.

LLOYD'S

Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto.

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche residenti in Italia.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione **-** la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al15%.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto entro 5 (cinque) giorni dalla data del reclamo. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

All'IVASS	In caso di riscontro insoddisfacente o qualora un riscontro non sia stato ricevuto nel termine previsto di 45 giorni, Lei avrà facoltà di riportare la Sua doglianza all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, IVASS i cui contatti sono di seguito specificati: IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazionivia 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 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali	
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	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione dellecontroversie.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO

SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE È PRESTATA NELLA FORMA « CLAIMS MADE »

Art. 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Art. 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Art. 3 DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questo Certificato e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

ASSICURATO	La persona indicata nella Scheda di Copertura
ASSICURATORI	L'impresa di Assicurazione indicata nella Scheda di Copertura.
ATTIVITÀ INVASIVA LIEVE	L'attività che comporta il taglio e/o la cucitura dei tessuti e/o la creazione di orifizi che non siano effettuate in anestesia generale e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo a fini diagnostici o terapeutici in seguito alla creazione di orifizi che non sia effettuata in anestesia generale.
ATTIVITÀ INVASIVA	L'attività che comporta il taglio e/o la cucitura dei tessuti e/o la creazione di orifizi in anestesia generale, e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo a fini diagnostici o terapeutici in seguito alla creazione di orifizi in anestesia generale.
BROKER/AGENTE DI	Il soggetto – persona fisica o giuridica – iscritto al Registro Unico

ASSICURAZIONI	degli Intermediari che svolge attività di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura a cui il Contraente abbia affidato la gestione di questo contratto.
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
CHIRURGIA ELETTIVA/ ESTETICA	L'insieme delle pratiche non chirurgiche e chirurgiche non ricostruttive esclusivamente finalizzate a migliorare l'aspetto fisico del paziente
CORRISPONDENTE	Il soggetto – persona fisica o giuridica – indicato nella Scheda di Copertura.
DANNO/DANNI	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
FATTI NOTI	Per **Fatti Noti** si intendono quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei.
FECONDAZIONE ASSISTITA	L'insieme delle tecniche mediche che consentono l'impianto all'interno dell'utero di uno o più embrioni e delle procedure propedeutiche all'impianto stesso.
INTERVENTI SPINALI	L'attività "Invasiva" applicata alla colonna vertebrale.
LOSS ADJUSTER	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.
MASSIMALE DI RC PROFESSIONALE	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
MASSIMALE ESTENSIONE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare per le spese legali e peritali per Sinistro denunciato.
MODULO E SCHEDA DI COPERTURA	I documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
NOTIFICA	Atto scritto con il quale viene portato a conoscenza dell'Assicurato un determinato documento o atto processuale.

OSTETRICIA AMBULATORIALE	L'attività di assistenza alla gravidanza e al puerperio, esclusa pertanto l'assistenza al parto.
PERDITE PATRIMONIALI	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Modulo, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
PROCEDIMENTO PENALE	Procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali notificata mediante Informazione di Garanzia. Per la garanzia di polizza rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).
RICHIESTA DI RISARCIMENTO RC PROFESSIONALE	Quella che per prima viene a conoscenza dell'Assicurato: i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; iv. la comunicazione con cui l'Azienda pubblica o struttura privata manifesta l'intenzione di ritenere l'Assicurato responsabile per colpa grave.
RICHIESTA DI RISARCIMENTO ESTENSIONE SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE	La notifica del procedimento penale o amministrativo all'Assicurato secondo quanto previsto all'articolo 14.
SINISTRO RC PROFESSIONALE	La richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
SINISTRO PER L'ESTENSIONE SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE	La richiesta di risarcimento sopra definita – di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
TRAUMATOLOGIA	La branca della specializzazione in Ortopedia e Traumatologia che si interessa delle lesioni da traumi.

SEZIONE PRIMA: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Art. 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE» - RETROATTIVITÀ)

L'assicurazione è prestata nella forma *"claims made",* ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano gli l'articoli 9.1 e11).*
Se la Scheda di Copertura non stabilisce diversamente, la data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del primo Periodo di Assicurazione, retrodatati di 2 (due) anni.

Art. 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato*,* gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma *"claims made"* enunciata all'articolo precedente:

5.1. Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi
Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli Assicuratori rispondono:

a. dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
b. dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi;
c. le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

5.2. Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso i dipendenti
Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato. Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

a. agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
b. all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Art. 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.
Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze civili tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.
Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.
Non sono in ogni caso coperte le spese di difesa per i procedimenti penali.
Il procedimento penale attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare ma le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

Art. 7 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per i Sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Sinistri derivanti da 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.

Art. 8 PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci 8.1 e 8.2 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

8.1 L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

8.2 L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere private.

8.3 L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura ospedaliera pubblica e/o privata, a cui presta la propria opera in qualità di dipendente, consulente o collaboratore, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi per colpa grave, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

8.4 L'assicurazione comprende in ogni caso:

i. la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 12;
ii. i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
iii. i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
iv. ;
v. la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;

vi. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;

vii. la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino;

viii. I danni conseguenti all'attività accessoria di medicina alternativa.

Art. 9 ESCLUSIONI

9.1 - Premesso che questa è un'**assicurazione nella forma** "***claims made"***, quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi:

a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 11 che segue;

b. le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;

c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

9.2 - Il procedimento penale attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare. Tuttavia, le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

9.3 - Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

a. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

b. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

c. 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;

d. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 7;

e. per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;

f. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;

g. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

h. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

i. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing,* molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);

j. 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. 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;

l. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

m. 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. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

o. 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 i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive.

p. 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. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente (la presente esclusione non si applica alla specializzazione in Medicina legale e/o Medicina del lavoro);

r. che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.

s. le richieste di risarcimento conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza anche se mai denunciati ai precedenti Assicuratori

9.4 - Tranne esplicita pattuizione tra le parti, e previo pagamento del sovrapremio convenuto, sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da:

a. Attività Invasiva Lieve;

b. Attività Invasiva;

c. Attività e/o Chirurgia elettiva/estetica;

d. Fecondazione assistita;

e. Interventi spinali;

f. Ostetricia Ambulatoriale;

g. Assistenza al travaglio e al parto;

h. Traumatologia.

Resta inteso che lo svolgimento di autopsie non configura Attività Invasiva e/o Invasiva Lieve ed è pertanto incluso in garanzia.

La presente esclusione non si applica nei casi in cui l'Azienda Sanitaria Pubblica, la Struttura Sanitaria Privata e/o le Compagnie di Assicurazione di queste ultime agiscano nei confronti dell'Assicurato con un'azione di rivalsa per colpa grave.

Art. 10 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. 11 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – RC PROFESSIONALE

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta all'indirizzo di cui alla scheda di copertura.
Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.
Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.
Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 9.1).*
Si richiama il secondo comma dell'articolo 28, 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. 12 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.

SEZIONE SECONDA: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PER L'ESTENSIONE RIMBORSO SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE

La presente sezione è operativa qualora sia indicato in Scheda di Copertura e sia stato corrisposto il relativo premio addizionale. La presente sezione opera in via sussidiaria e dopo l'esaurimento degli obblighi inerenti al patrocinio legale previsti dal CCNL o di altra polizza eventualmente stipulata dall'Assicurato.

Art. 13 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE» - RETROATTIVITÀ)

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia intesa a tutelare l'Assicurato in seguito a notifiche penali e amministrative da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione purché accaduti entro il periodo di retroattività stabilito in Scheda di Copertura.
L'assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute nel Modulo di Proposta che forma parte integrante della presente Polizza.

L'Assicurazione non opera per fatti/atti ed omissioni, antecedenti la data di effetto del Periodo di Assicurazione, che fossero già noti all'Assicurato al momento della stipula del contratto.

Art. 14 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per i Sinistri relativi all'esercizio dell'attività professionale indicata nel Modulo di Proposta, per:

AMBITO PENALE

1) Difesa penale per delitti colposi e contravvenzioni.

2) Difesa penale per delitti dolosi, purché gli Assicurati vengano assolti (art. 530 comma 1, Cod. Proc. Pen.) con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato. Sono esclusi i casi di di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

La garanzia e' operante con la notifica dell'Informazione di Garanzia oppure di invito a presentarsi (art. 375 c.p.p). .

AMBITO AMMINISTRATIVO

3) Difesa prestata davanti all'Ordine Professionale in procedimenti disciplinari promossi dall'Ordine in conseguenza di imputazioni penali, a condizione che il ricorso / opposizione sia integralmente accolto.

La garanzia e' operante con la notifica della contestazione dell'addebito al dipendente.

PROCEDIMENTI DAVANTI ALLA CORTE DEI CONTI

4) Sono garantite le spese per sostenere la difesa in procedimenti per giudizi e azioni di Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per colpa nei confronti dell'assicurato o in caso di archiviazione per mancanza del danno.

Fermo restando l'obbligo per l'Assicurato di denunciare il sinistro con le modalità previste dall'art. 17, la Società provvederà, su richiesta motivata, all'anticipo delle spese legali e/o peritali, fino ad un massimo di euro 4.000,00 (quattromila), in attesa della definizione di giudizio.

L'assicurato si impegna, pertanto, a restituire agli Assicuratori ogni somma eventualmente anticipata, nel caso siano accertati, nei suoi confronti, mediante sentenza definitiva, elementi di responsabilità per dolo.

La presente prestazione opera a parziale deroga dell'art. 20.9.

Art. 15	**SPESE COPERTE**

Gli Assicuratori, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale convenuto, rimborsano le Spese legali occorrenti all' Assicurato per la difesa dei suoi interessi, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, sia penale che amministrativa, nei casi indicati in polizza. Gli oneri di cui gli Assicuratori si faranno carico sono, a titolo esemplificativo e non limitativo:

1. le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del Sinistro, per un unico legale per ogni grado di giudizio;
2. le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con gli Assicuratori;
3. le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
4. le spese di giustizia;
5. il contributo unificato;
6. le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
7. le spese per indagini;
8. le spese di domiciliazione necessarie.

Sono oggetto della presente assicurazione solo i compensi forensi basati sui parametri ministeriali disciplinati dal DM 55/2014 recante: "Determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense ai sensi dell'art. 13 comma 6 della legge 31 dicembre 2012 n. 247" e successive modificazioni.
Sono espressamente esclusi i compensi derivanti da accordi scritti avvocato-cliente.

Gli Assicuratori non si assumono il pagamento di:

- Multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- Spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).

Art. 16	**MASSIMALE DI POLIZZA E SUDDIVISIONE DEL MASSIMALE PER GRADO DI GIUDIZIO**

Il contratto prevede un massimale per sinistro pari alla somma indicata in Scheda di Copertura e dei sottomassimali in base al grado di giudizio.
Precisamente il massimale concordato viene diviso per Gradi di Giudizio secondo i limiti di seguito riportati:

- 40% (quaranta per cento) per l'attività stragiudiziale, ove svolta, e fino al Giudizio di Primo Grado.
- 30% (trenta per cento) per il secondo grado di giudizio;
- 30% (trenta per cento) per il terzo grado di giudizio.
-

Ad esempio, qualora sia convenuto un massimale pari a Euro 20.000 per Sinistro, gli Assicuratori rispondono nel limite di Euro 20.000. In caso di un procedimento di primo e secondo grado gli Assicuratori risponderanno per le spese legali e peritali del primo grado fino a Euro 8.000 e fino alla somma di Euro 6.000 per le spese legali e peritali del secondo grado.

Art. 17	**OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – ESTENSIONE SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE**

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun Sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.
Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione del luogo e delle cause del sinistro, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.
Alla denuncia devono essere allegati i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, insieme ad una relazione confidenziale sui fatti.

Art. 18 GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia gli Assicuratori gestiscono, anche attraverso legali di propria scelta, la trattazione stragiudiziale della vertenza. Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione della controversia non si concludano con esito positivo, la gestione della vertenza viene quindi affidata al Legale scelto nei termini dell'Art. 19 per la gestione giudiziale.

E' necessario, pena la decadenza della garanzia, che gli Assicuratori confermino preventivamente la copertura di tutte le spese. Gli incarichi ai legali e ai periti devono essere preventivamente concordati con gli Assicuratori, pena il mancato rimborso della relativa spesa
Gli Assicuratori non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione del Sinistro tra l'Assicurato e gli Assicuratori qualora l'Assicurato intenda adire le vie giudiziarie, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione obbligatoria.

Art. 19 LIBERA SCELTA DEL LEGALE

Limitatamente alla fase giudiziale l'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi.
Se l'Assicurato non fornisce l'indicazione del legale scelto, gli Assicuratori, possono nominare direttamente il legale al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

Art. 20 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente estensione:

1. I patti quota lite o gli accordi conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscano compensi professionali;
2. Qualsiasi tipo di risarcimento/indennizzo per le parti che non siano espressamente previste dal contratto alla sezione prima (come ad esempio ogni provvisionale nel procedimento penale);
3. I sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;
4. I fatti noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
5. I danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
6. Le controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli a motore, imbarcazioni o aeromobili;
7. Le controversie o procedimenti relativi a responsabilità e/o comportamenti assunti al di fuori dell'ambito lavorativo di cui all'oggetto del presente contratto (art. 5) e che non siano conseguenti all'espletamento delle funzioni previste;
8. Le controversie e procedimenti conseguenti a atti di guerra, occupazione militare, invasione, insurrezione, tumulti popolari, terrorismo e sabotaggio organizzato, da chiunque provocati;
9. Le controversie in materia fiscale/tributaria e amministrativa;
10. Le controversie e procedimenti riguardanti il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere irrogate direttamente all' Assicurato;
11. Le vertenze contrattuali con gli Assicuratori;
12. Controversie di diritto civile di qualsiasi genere, salvo quanto previsto dalla Sezione prima di questa Assicurazione.

Art. 21 **LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per i Sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Sinistri derivanti da richieste di risarcimento fatte valere in paesi diversi dall'Italia.

Art. 22 **SURROGA E RIVALSA**

Spettano interamente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Inoltre, se l'Assicurato percepisce un rimborso per le spese legali e/o peritali dall'ente di appartenenza o dalla compagnia di quest'ultima, egli dovra' restituire l'importo ricevuto agli Assicuratori.

Agli Assicuratori, poiché surrogati nei diritti dell'Assicurato in forza dell'art. 1916 c.c., spettano la restituzione degli oneri legali e peritali liquidati in sede giudiziaria o concordati transattivamente o stragiudizialmente.

NORME COMUNI AD ENTRAMBE LE SEZIONI

Art. 23 **NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"**

Il termine "terzo" o "terzi" indica ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. 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 fruiscano personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Art. 24 **VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO**

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

Art. 25 **PAGAMENTO DEL PREMIO**

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. le garanzie saranno valide anche se il premio sarà corrisposto entro 30 (trenta) giorni successivi alla data di decorrenza dell'assicurazione
Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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.

Art. 26 **ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e sono pari al 22.25% del Premio imponibile:

Art. 27 MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

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 25.
La proroga è però condizionata all'invio – nei 30 (trenta) giorni antecedenti alla data di ogni scadenza, e comunque non oltre la data della scadenza medesima, di conferma scritta a firma dell'Assicurato che alla data di tale comunicazione:

1. l'Assicurato non abbia dichiarato sinistri, ne' sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori;
2. l'attività professionale dichiarata nella Proposta allegata a questo Certificato 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 siano soddisfatti, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (aggravamento del rischio).
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 32 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Art. 28 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.

Art. 29 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. 30 NORME DI LEGGE

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

Art. 31	ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

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 purche' 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 purche' conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattivita'. 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 dagli articoli 7 e 21 LIMITI TERRITORIALI, 4 e 13 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ

Art. 32	FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi 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 31 "ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI".

Art. 33	CLAUSOLA BROKER DI ASSICURAZIONE

Con la conclusione del presente contratto l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazione indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:
Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker di Assicurazione o Corrispondente sarà considerata come fatta all'Assicurato;
Ogni comunicazione fatta dal Broker di Assicurazione o Corrispondente al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 11 che resta invariato e confermato.
Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker di Assicurazione o Corrispondente.

Art. 34	CONTINUOUS COVER CLAUSE

A condizione che l'Assicurato mantenga – senza interruzione – coperture assicurative per la propria RC Professionale con Newline Syndicate 1218, Lloyd's Insurance Company SA riassicurata con Newline Syndicate 1218, Newline Insurance Company Limited o Newline Europe SA, , gli Assicuratori si impegnano a tenere indenne l'Assicurato dei Sinistri che derivino da **fatti noti** dei quali questi sia venuto a conoscenza successivamente alla decorrenza della prima copertura assicurativa e che siano divenute Sinistri nel corso della presente copertura assicurativa.

L’ASSICURATO/CONTRAENTE

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

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

Art. 1	**Dichiarazioni dell'Assicurato**
Art. 4 e 13	**Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)**
Art. 6	**Spese legali e gestione delle vertenze**
Art. 8	**Precisazione sui rischi coperti**
Art. 9 e 20	**Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* -9.1)**
Art. 11	**Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Rc professionale**
Art. 16	**Massimale di polizza e suddivisione del massimale per grado di giudizio**
Art. 17	**Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Estensione Spese Legali e scelta del legale**
Art. 27	**Modalità della proroga automatica dell'assicurazione**
Art. 28	**Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
Art. 32	**Facoltà di recesso in caso di sinistro**
Art. 33	**Clausola Broker/Agente**
Art. 34	**Continuous Cover Clause – Applicabile unicamente in caso di rinnovo**

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

Responsabilità civile del Medico Libero Professionista
Modulo di Proposta

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.

1. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE/CONTRAENTE

1.A Nome | 1.B Cognome

1.C Città | 1.D Provincia | 1.E CAP

1.F Indirizzo

1.G Codice Fiscale | 1.H Partita Iva | 1.I Anno di prima iscrizione all'Ordine

1.J Telefono cellulare +39 | 1.K Indirizzo email

2. ALTRE ASSICURAZIONI E PRECEDENTI ASSICURATORI

2.A Il Proponente è mai stato assicurato per la RC Professionale? ☐ si ☐ no

2.B Assicuratori | 2.C Data di scadenza ultima copertura

2.D Franchigia | 2.E Numero di anni di copertura continua

2.F Massimale | 2.G Data di retroattività

3. CONDIZIONI DI POLIZZA

3.A Indicare il **massimale** richiesto (per sinistro ed in aggregato annuo

☐ € 1.000.000 ☐ € 1.500.000 ☐ € 2.000.000 ☐ € 2.500.000 ☐ € 3.000.000 ☐ € 5.000.000

3.B Indicare la **franchigia** richiesta (per ogni e ciascun sinistro)

☐ € 0 ☐ € 1,500 ☐ € 2,500 ☐ € 5,000
☐ € 7,500 ☐ € 10,000 ☐ € 15,000 ☐ € 20,000

3.C Indicare il periodo di **retroattività** richiesto

Decorrenza ☐ 1 Anno ☐ 2 Anni ☐ 3 Anni ☐ 4 Anni ☐ 5 Anni ☐ 10 Anni ☐ Illimitata ☐

3.D Indicare le **specializzazioni/attività** esercitate dal Proponente

Andrologia ☐	Ematologia e Medicina Trasfusionale ☐	Oculistica/Oftalmologia ☐
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva ☐	Endocrinochirurgia ☐	Odontoiatria/Ortognatodonzia/Stomatologia ☐
Angiologia e Flebologia ☐	Gastroenterologia ☐	Oncologia e Senologia ☐
Cardiochirurgia ☐	Gastroenterologia con Attività Invasiva Lieve ☐	Ortodontista ☐
Cardiologia ☐	Ginecologia con Fecondazione assistita esclusa ☐	Ortopedia e Traumatologia esclusi Interventi Spinali ☐
Chirurgia addominale ☐	Ginecologia e Ostetricia inclusa Fecondazione assistita ☐	Ortopedia e Traumatologia inlclusi Interventi Spinali ☐
Chirurgia d'urgenza e pronto soccorso ☐	Ginecologia esclusa Ostetricia ☐	Ortopedia esclusa Traumatologia e Interventi Spinali ☐
Chirurgia della mano ☐	Malattie infettive ☐	Otorinolaringoiatria esclusa Chirurgia elettiva/estetica ☐
Chirurgia Generale ☐	Medicina d'Urgenza e pronto soccorso ☐	Otorinolaringoiatria inclusa Chirurgia elettiva/estetica ☐
Chirurgia Maxillo facciale con Chirurgia ☐	Medicina di base con Attività Invasiva Lieve ☐	Pediatria ☐
Chirurgia Maxillo Facciale esclusa Chirurgia elettiva/estetica ☐	Medicina estetica ☐	Pediatria con Attività Invasiva Lieve ☐
Chirurgia pediatrica ☐	Medicina Generale ☐	Pneumologia ☐
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ☐	Medicina interna ☐	Radiologia e neuroradiologia ☐
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva con Chirurgia elettiva/estetica ☐	Nefrologia ☐	Terapia del dolore e cure palliative ☐
Chirurgia toracica ☐	Neurochirurgia ☐	Urologia ☐
Chirurgia vascolare ☐	Neurologia ☐	SPECIALIZZANDO ☐
Dermatologia/Venereologia con Attività Invasiva Lieve ☐	Oculistica/Oftalmologia con Chirurgia elettiva/estetica ☐	

3.E Il Proponente dichiara di essere in **pensione**? ☐ si ☐ no

4. SINISTROSITÀ PREGRESSA

4.A Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del Proponente negli ultimi 5 anni? si no

4. B Il Proponente è a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica nei suoi confronti? si no

! In caso di risposta affermativa, compilare il CIS (Claims Information Sheet - Modulo Informazioni Sinistro)

5. TUTELA LEGALE

5.A Il Proponente richiede l'estensione Rimborso spese legali e scelta del legale? si no

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/Proponente dichiara:

a) di prendere atto che questa Proposta non vincola nè gli Assicuratori nè il Proponente alla stipula del contratto di Assicurazione;
b) che le informazioni rese sul presente modulo sono veritiere e complete;
c) che nessuna compagnia assicurativa ha mai annullato o rifiutato di concedere o rinunciato a rinnovare una copertura assicurativa relativa alla sua R.C. Professionale;
d) di non aver sottaciuto alcun elemento rilevante per la valutazione del rischio;
e) di non aver mai subito procedimenti disciplinari a proprio carico, né di essere mai stato sospeso o radiato dal proprio ordine professionale;

! **di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il SET INFORMATIVO come previsto dal Regolamento IVASS n° 41 del 2 agosto 2018.**

Firma

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1322, 1341 e 1342 C.C. il Sottoscritto/Proponente dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Art. 1 - Dichiarazioni dell'Assicurato
Art. 4 e 13 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)
Art. 6 - Spese legali e gestione delle vertenze
Art. 8 - Precisazione sui rischi coperti
Art. 9 e 20 - Esclusioni
Art. 27 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Art. 28 - Coesistenza di altre assicurazioni
Art. 11 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Art. 32 - Facoltà di recesso in caso di sinistro
Art. 33 - Clausola Broker di assicurazione
Art. 34 - Continuous Cover Clause

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.

Firma

Data