

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

GLOSSARIO/DEFINIZIONI

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

Contraente	Il soggetto che stipula la presente Polizza/Convenzione in nome e per conto degli Assicurati
Assicuratori	Lloyd’s Insurance Company S.A.
Assicurato	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, l’ospedale, l’istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati.
Attacco Informatico	Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l’accesso, l’elaborazione, l’uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
Danno/Danni	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali
Incidente Informatico	Qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l’accesso, l’elaborazione, la protezione, l’uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l’accesso, l’elaborazione, l’uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenzadi lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose
Massimale	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il sinistroin serie, e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di risarcimento e delle persone danneggiate
Massimale per anno	la massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più sinistri riferibili alla medesima annualità assicurativa
Massimale per sinistro	l'importo massimo risarcibile per ogni sinistro o sinistro in serie. Una volta esauritosi, tale importo verrà reintegrato dal massimale in aggregato fino a completa erosione dello stesso.
Periodo di Assicurazione	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza/Convenzione.
Circostanza di Sinistro	<ul style="list-style-type: none"> - la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24); - la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o la loro Impresa di Assicurazione informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13 Legge 8 marzo 2017, n. 24); - l'inchiesta giudiziaria penale promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione e precisamente: <ul style="list-style-type: none"> - l'avviso di garanzia notificato all'Assicurato; - l'accertamento tecnico non ripetibile notificato all'Assicurato
Richiesta di risarcimento	<p>l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;</p> <p>la domanda di rivalsa per colpa grave promossa dalla Struttura Sanitaria o sociosanitaria di Appartenenza o dalla loro Impresa di Assicurazione davanti all'Autorità Giudiziaria civile.</p>
Sinistro	La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione

Polizza/Convenzione	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione
Certificato e/o Scheda di Copertura	I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo
Sinistro in Serie	Piu' richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralita' di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a piu' atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro
Sistema Informatico	Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

POLIZZA/CONVENZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PER COLPA GRAVE
-CONDIZIONI CONTRATTUALI-

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

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la circostanza di sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta, scelta tra quelle presenti all'art. 23 ed indicata sul modulo di adesione/scheda di copertura.

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

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

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

€ 5.000.000,00 per Sinistro ed € 6.000.000,00 in aggregato annuo
oppure
€ 3.000.000,00 per Sinistro ed € 6.000.000,00 in aggregato annuo
oppure
€ 2.000.000,00 per Sinistro ed € 6.000.000,00 in aggregato annuo
oppure
€ 1.500.000,00 per Sinistro ed € 4.500.000,00 in aggregato annuo
oppure
€ 1.000.000,00 per Sinistro ed € 3.000.000,00 in aggregato annuo
oppure
€ 500.000,00 per Sinistro ed € 1.500.000,00 in aggregato annuo

Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
-------------------	-----------------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza/Convenzione, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dall’Azienda Sanitaria o sociosanitaria o dalla loro impresa di Assicurazione nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilita’ amministrativa esperita dall’Azienda Sanitaria o sociosanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

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

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

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l’Assicurato in caso di Sinistro per colpa grave.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall’Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all’Assicurato, ne’ le spese legali e peritali dei procedimenti penali. Le circostanze di sinistro non comportano l’obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 16 della presente polizza.

Articolo 5	NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”
-------------------	-------------------------------------

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

Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell’Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro dell’Assicurato che sono soggetti per legge all’assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell’Assicurato.

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

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell’Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d’America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l’operatività dell’assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall’Italia, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza/Convenzione e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato, nella sua qualità di dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario, e le strutture accreditate e/o convenzionate e/o in appalto con il SSN e le istituzioni sanitarie riconosciute, inclusi gli ospedali classificati. È compresa altresì 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. Nel caso in cui l'Assicurato svolga attività di direttore presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), sarà tenuto a dichiararlo nel modulo di proposta e l'adesione sarà soggetta a specifica quotazione scritta da parte dell'Assicuratore.

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

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

- a. Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale, la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione dell'Azienda di Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- c. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d) I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;

- e) Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
- f) I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) I Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) I Danni derivanti da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché i danni derivanti da incidenti dovuti ad ordigni di guerra. A parziale deroga di eventuali disposizioni contrastanti contenute nella presente polizza o in qualsiasi appendice, resta convenuto che la presente assicurazione esclude le perdite, i danni, i costi e le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da, o conseguenti a, qualsiasi fatto di terrorismo indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che ne contribuisce contestualmente o in qualsiasi sequenza con riferimento al sinistro. Ai fini della presente clausola, s'intende atto di terrorismo un fatto che comprende ma che non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia di queste da parte di qualsiasi persona o gruppo (i) di persone, sia che agiscano individualmente sia che agiscano per conto di o in connessione con qualsiasi organizzazione o governo o commesso con finalità politiche, religiose, ideologiche o simili scopi ivi compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o incutere timore nella popolazione o in qualsiasi settore di questa. Sono inoltre escluse la perdita, il danno, il costo o le spese di qualsiasi natura derivanti direttamente o indirettamente da o conseguente a qualsiasi azione intrapresa per il controllo, la prevenzione o la repressione di qualsiasi fatto di terrorismo relativo a questo. Nel caso in cui gli Assicuratori affermassero che in virtù della presente esclusione, una eventuale perdita, danno, costo o spesa non fosse coperto, l'onere della prova del contrario sarà a carico dell'Assicurato. Nel caso che una parte qualsiasi della presente clausola risultasse non valida o non eseguibile, quanto resta di valido avrà piena validità ed effetto.
- n) I Danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- o) Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;
- p) La perdita, la distruzione o il danneggiamento di qualunque cosa o bene mobile o immobile, i costi ed i danni indiretti che ne conseguano, le responsabilità di qualunque tipo se siano in tutto o in parte causati o derivanti direttamente o indirettamente:
 - da radiazioni ionizzanti o da contaminazione dovuta alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte dalla combustione di

- tali combustibili;
- da proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque composto nucleare esplodente o da un suo qualsiasi componente nucleare.
- q) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- r) I Danni patrimoniali così come definiti nel glossario e comunque i danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;
- s) Qualsiasi responsabilità dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.
- t) E' condizione della presente assicurazione – condizione che s'intende accettata dall'assicurato – che l'erogazione di coperture assicurative, il pagamento di richieste d'indennizzo e la fornitura di prestazioni derivanti dalle coperture stesse, siano sospesi nella misura in cui l'erogazione di tali coperture, il pagamento di tali richieste d'indennizzo e la fornitura di tali prestazioni da parte dell'assicuratore espongano il medesimo assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni ai sensi di qualsivoglia: **a)** risoluzione/i delle Nazioni Unite o **b)** sanzione commerciale o economica, legge e/o regolamento dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America. Tale sospensione rimarrà in essere fino a quando non sia cessata l'esposizione dell'assicuratore a tali sanzioni, divieti o restrizioni.
- u) Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:
- (1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluorottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFESA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;
 - (2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile (comprese integrazioni e modifiche).

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

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

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

Ai sensi della Legge 24 dell'8 Marzo 2017 se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza/ Convenzione è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare, previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 500% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno un'annualità oppure il 300% del premio corrispondente all'ultima mansione qualora abbia stipulato il presente contratto per almeno due annualità, la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività. Il massimale in aggregato è da intendersi per l'intera durata decennale. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Valgono le modalità previste dall'articolo 1 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMSMADE») – RETROATTIVITÀ

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

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 di disposizioni di legge o di regolamenti, entrate in vigore in data successiva alla presente si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile anche concordando adattamenti e/o modifiche alla presente convenzione/copertura.

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

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

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

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato agli Assicuratori entro 30 giorni dalla accettazione della proposta di adesione, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Articolo 13	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

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

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

Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
--------------------	---

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

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

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	---

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

La notifica di una "Circostanza di sinistro" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza. Si precisa tuttavia che la "Circostanza di sinistro" non comporterà l'obbligo degli Assicuratori di nominare / approvare legali e/o periti fino a quando una "Richiesta di risarcimento" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.

In particolare l'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promossa contro l'Assicurato attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare, ma le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato, così come tutti i procedimenti penali di cui l'Assicurato sia già a conoscenza.

La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Coverholder.

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

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15 in caso di coesistenza di altre assicurazioni. Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 17	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per

l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 18	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 19	CLAUSOLA BROKER
--------------------	------------------------

Con l'adesione alla presente Polizza/Convenzione l'Assicurato conferisce al Broker indicato nel Certificato e/o Scheda di Copertura il mandato di brokeraggio con l'incarico di assisterlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

È convenuto pertanto che:

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

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

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

Articolo 20	NORME DI LEGGE
--------------------	-----------------------

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

Articolo 21	MODALITÀ DI DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA/CONVENZIONE
--------------------	---

Per l'adesione alla presente convenzione è previsto che ciascun assicurato provveda, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue:

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nel certificato alla condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ciascun contraente dovrà altresì compilare in tutte le sue parti e sottoscrivere il Modulo d'Adesione facendolo pervenire per il tramite del Broker entro 30 giorni dalla data di adesione, al Coverholder dei Lloyd's, a mezzo fax (numero di fax indicato nella lettera accompagnatoria disponibile on line), e corrispondere il premio dovuto.

In caso di rinnovo alle medesime condizioni in corso, non sarà necessario compilare nuovamente il modulo di adesione.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

a) dalle ore 24 del giorno di decorrenza, come registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza richiesta nel modulo di adesione.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Validità, come disciplinato, nel caso in cui l'assicurato attesti, tramite la compilazione del Modulo di Adesione di non essere a conoscenza di fatti o circostanze pregresse alla data di firma del Modulo, suscettibili di poter cagionare un sinistro e di quant'altro richiesto al punto C) e D) del Modulo stesso.

In caso di mancato invio del Modulo di Adesione o in caso di invio del Modulo di Adesione non debitamente compilato in ogni sua parte e/o firmato, l'assicurazione non è operante ed il premio, qualora pagato, verrà restituito.

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Adesione alla Convenzione, l'assicurato dichiara di essere a conoscenza di uno o più fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento, l'assicurazione non è operante a meno che l'Assicuratore non decida altrimenti con conferma scritta di copertura.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.

Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa o Azienda Sanitaria di appartenenza nel periodo di copertura l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

La presente Convenzione non consente di attivare più di una adesione per ciascun Assicurato e per ciascuna annualità. In caso di attivazione di più adesioni sarà ritenuta valida esclusivamente la prima in ordine cronologico. Tutta la documentazione sarà interamente prodotta dal Coverholder.

Articolo 22	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio annuo lordo pro capite per ogni annualità previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello calcolato in fase di adesione dal sistema informatico in base alla qualifica professionale e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 22.

E' facoltà degli Assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno: si conviene di calcolare il premio in ragione di un 1/365 per ogni giorno di garanzia goduto, con un minimo assoluto di premio pari a 180 giorni di garanzia.

Articolo 23	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
--------------------	--------------------------------------

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

24.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto con una struttura

sanitaria o sociosanitaria. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;

- 24.2 che in forza del C.C.N.L. di lavoro vigente o in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la Struttura Sanitaria o sociosanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;
- 24.3 di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria o sociosanitaria di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

Articolo 24	RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE
--------------------	---

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 25	ESCLUSIONE ATTACCO INFORMATICO – INCIDENTE INFORMATICO
--------------------	---

E' esclusa e non coperta dall'oggetto della presente polizza qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.

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

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

Articolo 1.1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ
Articolo 8	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1)
Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA - RESCINDIBILITÀ ANNUALE
Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 16	DENUNCIA DEI SINISTRI (<i>esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione</i>)
Articolo 19	CLAUSOLA BROKER
Articolo 23	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
Articolo 25	ESCLUSIONE ATTACCO INFORMATICO - INCIDENTE INFORMATICO



.....
Data

.....
Il Contraente / Assicurato