

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 Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

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 assicuratori, durante il periodo di assicurazione. Terminato tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessuna Richiesta di Risarcimento potrà essere loro denunciata.
- ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al testo di polizza.
- ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).



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 sottolimito 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 ionizzanti o da contaminazione dovuta alla radioattività che emana da combustibili nucleari o dalle scorie prodotte da tali combustibili, dalle proprietà radioattive, tossiche, esplosive o comunque pericolose di qualunque compost nucleare esplosivo o da un suo qualsiasi componente nucleare.

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 Periodo di Assicurazione;
- ! per le richieste di risarcimento conseguenti a situazioni o circostanze note all'Assicurato alla data di effetto del Periodo di Assicurazione;
- ! per le richieste di risarcimento avanzate dalle persone non considerate "terzi";
- ! per 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, fidejussioni;
- ! 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 abbiano 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 esponano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

Esclusioni aggiuntive:

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

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.



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 Dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
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


Non vi sono opzioni che comportano una riduzione del premio

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Incremento Massimale	Il massimale minimo acquistabile è di Euro 1.500.000, fino ad un massimo di Euro 5.000.000

 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 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.


 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	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto 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.</p>
All'IVASS	<p>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:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità</p>

	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 POTRÀ CONSULTARE TALE AREA, NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18

Art. 1 **DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1**
- a. di avere un contratto di lavoro a tempo pieno presso una Struttura Sanitaria Pubblica,
 - b. di esercitare la propria attività professionale prevalentemente, ma non esclusivamente alle dipendenze della suddetta Struttura Sanitaria Pubblica,
 - c. di esercitare la propria attività professionale in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti della Struttura Sanitaria di Appartenenza,
 - d. di aver ottenuto regolare abilitazione o iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti,
 - e. che 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** che l'attività svolta in regime "extramurario" è minima rispetto all'attività svolta come dipendente con contratto di lavoro a tempo pieno presso una Struttura Sanitaria Pubblica;
- 1.3** di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare Sinistri da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o 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 questa polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

ASSICURATORI

L'impresa di Assicurazione indicata nella scheda di polizza

ATTI INVASIVI

intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

ATTIVITÀ EXTRAMURARIA

attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica.

BROKER/AGENTE DI ASSICURAZIONI

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

CORRISPONDENTE/ COVERHOLDER

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

CIRCOSTANZA DI SINISTRO

Limitatamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale

la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilita' amministrativa o di rivalsa per colpa grave;

la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilita' amministrativa o di rivalsa per colpa grave.

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

DURATA DEL CONTRATTO

il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nella Scheda di Polizza.

FERITE TRAUMATICHE MAGGIORI

ogni ferita che non rientra nella definizione di Ferite Traumatiche Minori.

FERITE TRAUMATICHE MINORI

qualsiasi asportazione, incisione, drenaggio e raschiamento della pelle, lesioni sottocutanee con diametro inferiore a 5 centimetri, sbrigliamento di ascessi, foruncoli o fistole, che possono essere condotte in anestesia locale.

LOSS ADJUSTER

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

MASSIMALE

la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati in uno stesso Periodo di Assicurazione, ed indipendentemente del numero di Sinistri dichiarati.

MODULO E SCHEDA DI POLIZZA

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

PERDITE PATRIMONIALI

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

PERIODO DI ASSICURAZIONE

se la Durata del Contratto è inferiore o uguale a 18 (diciotto) mesi, il Periodo di Assicurazione coincide con tale durata. In caso contrario, il Periodo di Assicurazione corrisponde separatamente a ciascuna annualità della Durata del Contratto, distinta dalla precedente e dalla successiva annualità. Il primo Periodo di Assicurazione ha effetto alla data e all'ora d'inizio della Durata del Contratto.

PERIODO DI EFFICACIA

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

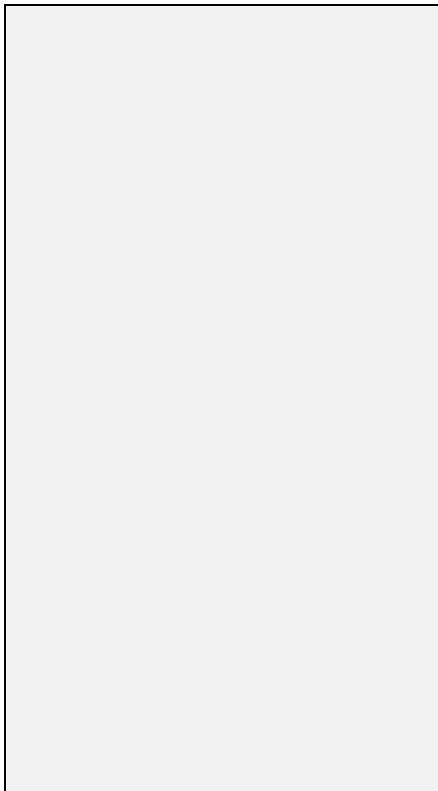
POLIZZA

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

RICHIESTA DI RISARCIMENTO

quello che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- con riferimento all'attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica



(attività extramuraria):

- i. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;
 - ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore o omissione;
 - iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- con riferimento all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale:
l'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
la domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.

SINISTRO

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

STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA

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

Art. 4

FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire i Sinistri notificati per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciati 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 nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano articoli 10.1 e 18).

Se la Scheda di Polizza 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 ed alle condizioni tutte di cui alla presente Assicurazione, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Polizza, prestano l'Assicurazione nella forma «*claims made*» (si veda articolo 4) e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato:

- **lett. A) con riferimento all'attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica (attività extramuraria):**

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.

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.

- **lett. B) con riferimento all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale:**

di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni e le Perdite patrimoniali causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

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

Art. 6

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Polizza, 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 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.

Le circostanze di sinistro, limitatamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale, non comportano l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 18 della presente polizza.

Le circostanze di sinistro, limitatamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale, non comportano l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 18 della presente polizza.

In riferimento all'attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica (attività extramuraria), il procedimento penale attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di

risarcimento civili 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**NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"**

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare 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 fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Art. 8**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 fatti valere in paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di paesi diversi dall'Italia.

Art. 9**PRECISAZIONI 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 9.1 e 9.2 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- 9.1 In riferimento all'oggetto di cui all'art. 5, lett. A) 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 nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di cliniche private, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- 9.2 In riferimento all'oggetto di cui all'art. 5 lett. B) l'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato, secondo quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.
L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, 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.
- 9.3 L'assicurazione comprende, fatta salva la distinzione di cui agli art. 5, 9.1 e 9.2:
 - 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 20;
 - II. i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;

- III. i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- IV. le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003, del Regolamento Europeo (EU) 2016/679 e s.m.i.). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di € 100.000 (euro centomila) per ogni Sinistro, fermo il Massimale stabilito nella Scheda di Polizza per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione;
- 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 generale;
- 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.

Art. 10	ESCLUSIONI
----------------	-------------------

10.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "**claims made**", quale temporalmente delimitata nel presente Polizza, 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 18 che segue;
- b. i Sinistri avanzati nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciati 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 Polizza.

10.2 Sono escluse dall'assicurazione i Sinistri:

- 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 Sinistri fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- e. per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato; per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- f. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- g. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- h. 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);
- i. 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*);
- j. 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;
 - k. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
 - l. 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;
 - m. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
 - n. 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.
 - o. 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;
 - p. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente e/o committente (la presente esclusione non si applica alla specializzazione in Medicina legale e/o Medicina del lavoro);
 - q. derivanti da attività invasiva, diagnosi prenatale, mancata e/o tardiva diagnosi prenatale, ecografie prenatali, diagnosi di tumore, mancata e/o tardiva diagnosi di tumore esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica.

Art. 11**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. 12**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 suo eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.

Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi altro motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività'. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo.

Valgono le modalità previste dall'articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ

Art. 13**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. 14**PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 00.01 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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 quindicesimo 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. 15**ONERI FISCALI**

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

Art. 16**MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA**

Ove nella Scheda di Polizza 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 Polizza, 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 14.

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

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

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

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

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 19 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Art. 17**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 Polizza 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. 18**OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

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 agli Assicuratori o al Corrispondente

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.

La notifica di una "Circostanza di sinistro (Limitatamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale)" 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", limitatamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale, 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.

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 i Sinistri estranei a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 10.1).*

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, 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. 19**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 10 "Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione".

Art. 20**SURROGAZIONE**

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

Art. 21

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. 22

CLAUSOLA BROKER DI ASSICURAZIONE

Con la conclusione del presente contratto l'Assicurato conferisce al Broker/Agente di Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.
Gli Assicuratori hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Polizza l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:
Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker/Agente di Assicurazione o Corrispondente sarà considerata come fatta all'Assicurato;
Ogni comunicazione fatta dal Broker/Agente 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 18 che resta invariato e confermato.
Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker/Agente di Assicurazione o Corrispondente .

Art. 23

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. 24

CLAUSOLA DI NOTIFICA DEI RECLAMI

Ferme restando le disposizioni di cui agli articoli del presente Contratto di Assicurazione, nonché le leggi vigenti in Italia, si informa l'Assicurato che gli eventuali reclami inerenti la gestione del presente contratto potranno essere inviati al seguente indirizzo email: assistenza@furnessinsurance.com.

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 i Sinistri notificati per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciati 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 - Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)**
- Art. 10 - Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 10.1)**
- Art. 16 - Modalità della proroga automatica dell'assicurazione**
- Art. 17 - Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
- Art. 18 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro**
- Art. 19 - Facoltà di recesso in caso di Sinistro**
- Art. 22 - Clausola Broker/Agente di Assicurazioni**

L'ASSICURATO/CONTRAENTE