



MyProfession[®]

Medico
Libero Professionista

Il presente set informativo contiene:

- DIP
- DIP Aggiuntivo
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione
- Informativa Privacy
- Questionario / Modulo proposta



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

Documento informativo prodotto assicurativo.

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

Cos'è questo tipo di assicurazione?

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

 Cosa è assicurato?	 Cosa non è assicurato?
<p>Garanzie di copertura</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che egli sia tenuto a pagare per danni a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a seguito di inadempienza ai doveri professionali causati da fatto colposo, da errore o da omissione, involontariamente commessi, con Colpa Grave, nell'esercizio dell'attività professionale. L'assicurazione è prestata nella forma CLAIMS MADE, ovvero è operante per fatti colposi, errori od omissioni, commessi anche prima della data di inizio del periodo di assicurazione, ma non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura, e a condizione che la conseguente richiesta di risarcimento sia per la prima volta presentata all'Assicurato e da questi regolarmente denunciata agli Assicuratori durante il periodo di assicurazione. Terminato tale periodo, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessuna Richiesta di Risarcimento potrà essere loro denunciata. ✓ Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al testo di polizza. ✓ Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale). 	<ul style="list-style-type: none"> a. Richieste derivanti dall'esercizio da parte dell'Assicurato di attività diverse da quelle indicate nella Scheda di Copertura; b. Richieste attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo; c. Fatti noti all'assicurato d. Richieste a favore di un Assicurato che non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato di preavviso; e. le Richieste di Risarcimento derivanti da azioni dolose o fraudolente dell'Assicurato f. le Richieste di Risarcimento derivanti da Danni Patrimoniali e/o Danni Materiali g. Richieste in relazione all'esercizio di attività diverse da quelle aventi carattere medico, diagnostico e terapeutico. h. le obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni inflitte direttamente all'Assicurato, e/o per le conseguenze del loro mancato pagamento; i. le Richieste di Risarcimento derivanti da inosservanza di obblighi contrattuali volontariamente assunti dall'Assicurato e non derivanti da obblighi di Legge; j. le Richieste di risarcimento derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione; k. richieste fuori dei limiti territoriali convenuti a l. quando il Contraente è persona giuridica, per le responsabilità dei Legali Rappresentanti e dei Consiglieri di Amministrazione; m. i danni conseguenti ad inquinamento n. i danni direttamente o indirettamente generati da detenzione e/o impiego di sostanze radioattive o. i danni derivanti direttamente o indirettamente in tutto o in parte ascrivibili all'asbesto o da qualsiasi sostanza contenete in qualsiasi forma o misura asbesto;

- p. i danni direttamente o indirettamente causati da o dovuti a atti di guerra;
- q. i danni di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, o dovuti a, o in connessione con qualsiasi Atto di terrorismo;
- r. le Richieste di Risarcimento svolte nei confronti dell'Assicurato da parte di collaboratori, dipendenti e praticanti;
- s. le Richieste di risarcimento derivanti direttamente o indirettamente da insolvenza o fallimento da parte dell'Assicurato;
- t. per i danni da ogni presunta o provata responsabilità direttamente o indirettamente derivante dalla Encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE) in qualunque forma e senza alcuna limitazione compresa ma non limitata alla Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) o alla nuova variante della malattia Creutzfeld-Jacob (vCJDper);
- u. L'Assicurazione non comprende i danni direttamente o indirettamente generate in tutto o in parte da campi elettromagnetici e/o radiazioni elettromagnetiche;
- v. i danni da responsabilità direttamente o indirettamente derivante da attività di sperimentazione, modifica, acquisizione, preparazione, lavorazione, trattamento, distribuzione, magazzinaggio o applicazione o qualsiasi utilizzazione di materiali di qualunque tipo interamente o parzialmente derivati dal corpo umano (a titolo esemplificativo ma non limitativo: tessuti, cellule, organi, sangue, urine, escrezioni e secrezioni) e ogni derivato o prodotto biosintetico.
- w. ogni azione adottata da una parte in risposta alla formazione, crescita, presenza, rilascio o dispersione effettiva, potenziale, possibile o presunta di funghi, muffe, spore o micotossine di qualsiasi tipo
- x. le richieste di risarcimento direttamente o indirettamente derivanti da, o connesse o conseguenti a epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS) indipendentemente dall'esistenza di qualsiasi altra concausa, anche temporanea;
- y. i danni punitivi
- z. le Richieste di Risarcimento derivanti da mancato, errato o inadeguato funzionamento del sistema informatico e/o di qualsiasi impianto, apparecchiatura o componente elettronico;
- aa. basati sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- bb. relativi alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo
- cc. 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);
- cd. Richieste di risarcimento dovute da Attività Invasiva



Ci sono restrizioni alla copertura?

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



Dove sono coperto?

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



Quali sono i miei obblighi?

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



Quando e come pago?

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



Quando inizia e finisce la copertura?

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



Come posso disdire il contratto?

- E' possibile disdire questa assicurazione comunicando tale intenzione tramite lettera raccomandata spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale.
- Se il contratto è stato concluso tramite vendita a distanza, hai tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso, senza dover indicare alcun motivo.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A.

Intermediario in veste di Manufacturer de facto: AEC Underwriting S.p.A.

Product: MyProfession.

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 01/2024

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 01/04/2024

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

Sito web: www.lloydseurope.com

E-mail: lloydseurope.info@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 (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. I.00151) ed in Libera Prestazione di Servizi (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. II.01526). La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia, con cui sarà concluso il contratto, è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.

Sito web: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home

E-mail: informazioni@lloyds.com

Telefono: +39 02 6378 8870

Alla fine del 2022, il capitale sociale ordinario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 558 milioni. Inoltre, attraverso il rilascio di una lettera di credito sono stati resi disponibili ulteriori fondi propri per 200 milioni di EUR. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 295 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 618 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 209%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 74 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 470 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2022 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge Italiana.

**Che cosa è assicurato?**

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

**Che cosa NON è assicurato?****Rischi esclusi**

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

**Ci sono limiti di copertura?**

Esistono limitazioni per:

- Richieste di risarcimento già presentate all'Assicurato prima della data di effetto del Periodo di Assicurazione;
- Per le richieste di risarcimento conseguenti a situazioni o circostanze note all'Assicurato alla data di effetto del Periodo di Assicurazione;
- Per le richieste di risarcimento avanzate dalle persone non considerate "Terzi";
- Per le richieste di risarcimento che abbiano origine nei Paesi esclusi;
- Per danni causati da attacchi cibernetici, dalla propagazione di Virus nei computer e programmi;
- Per atti e fatti commessi prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura;

**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?****Cosa fare in caso di sinistro?**

Denuncia di sinistro: In caso di sinistro, è necessario che sia presentata la relativa denuncia agli Assicuratori entro e non oltre 30 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza

Assistenza diretta / in convenzione: non sono previste forme di assistenza diretta/in convenzione per la gestione dei sinistri.

Gestione da parte di altre imprese: non sono previste ipotesi di gestione di sinistro da parte di altre imprese.

Prescrizione: i diritti derivante dal contratto si prescrivono entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art.2952 del Codice Civile.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

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

Obblighi dell'impresa

Gli Assicuratori, in conformità alle condizioni di assicurazione fino a concorrenza del massimale indicato in polizza, hanno l'obbligo di prendere in carico la richiesta di risarcimento formulata dal danneggiato nei confronti dell'Assicurato



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

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

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
----------------------------------	---

	<p>Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com o lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com</p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) di calendario dal presentazione del reclamo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel. : +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).</p>	
Mediazione	<p>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)</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.</p>

INSERIRE LE SEGUENTI AVVERTENZE, OVE APPLICABILI

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO O DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRE LA PARTE PAGATA DI PREMIO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVAPOTRS' RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGA ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTI IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

INSERIRE LA SEGUENTE SEGUENTE DICHIARAZIONE SE IL PRODOTTO È PER ASSICURAZIONE DOMESTUALE

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

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

AVVERTENZA UTILE

L'assicurazione prestata con la presente polizza è nella forma

«CLAIMS MADE»

ossia a coprire le Richieste di risarcimento rivolte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione a comportamenti colposi posti in essere in data successiva alla data di retroattività. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessano gli obblighi degli Assicuratori e nessuna denuncia potrà essere accolta.

(Si vedano le definizioni delle Condizioni Generali)

DEFINIZIONI

Assicurato:	il/i soggetto/i indicato/i nella Scheda di Copertura il cui interesse è protetto da questa assicurazione.
Assicuratori:	L'impresa assicuratrice Lloyd's Insurance Company SA.
Attività assicurata:	L'attività descritta nella Scheda di Copertura, purché l'Assicurato sia legittimato ad esercitarla in base alle norme vigenti in materia.
Attività Chirurgica	l'attività che comporta qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione profonda della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.
Attività Estetica:	attività <u>NON CHIRURGICA</u> finalizzata a migliorare o semplicemente modificare l'aspetto fisico di pazienti clinicamente sani, vale a dire per ragioni diverse dalla ricostruzione a seguito di infortunio e/o malattia e/o malformazione funzionale.
Attività invasiva	<p>l'attività che comporta il prelievo cruento di tessuti e/o una cruentazione non profonda dei tessuti e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo sia a fini diagnostici sia terapeutici, senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale, incluse/i le/i seguenti:</p> <p>a. colonscopia, endoscopia, laparoscopia;</p> <p>b. la sutura di Ferite Traumatiche;</p> <p>c. l'utilizzo del laser a fini terapeutici e diagnostici che non interessi tessuti profondi.</p> <p>Resta sempre esclusa l'attività invasiva relativa ad infiltrazioni di tipo spinale e cerebrale.</p>
Claims Made	Formula di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se riferite a fatti od atti pregressi, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività indicata della Scheda di copertura.
Circostanza	<p>Una o più delle seguenti situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">- Una Intimazione o la sicura volontà di un terzo di avanzare una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato;- Qualsiasi critica o disputa (giustificata e non) direttamente o indirettamente conosciuta, espressa o implicita, relativa all'attività professionale dell'assicurato o delle persone di cui quest'ultimo è responsabile che possa dar luogo ad una richiesta di risarcimento;- La conoscenza da parte dell'assicurato di possibili sue mancanze o il sospetto sulla qualità dello svolgimento della propria attività o delle persone di cui è responsabile ove detta mancanza potrebbe dar luogo ad una richiesta di risarcimento.- L'avvio di un procedimento penale e/o di indagini.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione per conto proprio e per conto di ogni soggetto rientrante nella definizione di Assicurato. Si applica il disposto dell'art. 1891 del Codice Civile.
Danno Corporeale:	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte, infermità.

Danno Materiale:	Il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di Cose.
Danno Patrimoniale:	Il pregiudizio economico che colpisce direttamente il patrimonio del danneggiato. Non costituisce Danno Patrimoniale la valutazione economica di un Danno Corporale o di un Danno Materiale.
Fatti noti:	Fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria, sequestri o, comunque, acquisizioni di cartelle cliniche) che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei e che siano stati in ogni modo portati a conoscenza dell'Assicurato o del Contraente. Non è considerata Fatto Noto la relazione tecnica richiesta al personale sanitario dalla Direzione Sanitaria, salvi i casi in cui con la stessa richiesta della Direzione l'Assicurato venga portato a conoscenza della esistenza di una Richiesta di Risarcimento e/o una Circostanza relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto.
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.
Franchigia/Scoperto:	L'ammontare precisato (in misura fissa o percentuale) nella Scheda di Copertura che, per ogni Reclamo, resta a carico dell'Assicurato e che non può essere a sua volta assicurato da altri assicuratori. Lo Scoperto può essere soggetto ad un importo minimo e ad un massimo indicati nella scheda di copertura. Gli Assicuratori rispondono per la parte dell'indennizzo che supera l'ammontare della franchigia/scoperto. La franchigia prevista nella scheda di copertura è opponibile al terzo danneggiato.
Indennizzo:	La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di richiesta di risarcimento. Le condizioni di polizza prevedono un limite di indennizzo globale (Massimale) per ogni Periodo di Assicurazione.
Intermediario:	Il Broker o l'Agente di assicurazioni a cui il Contraente ha affidato la gestione del contratto di assicurazione.
Interventi Spinali:	L'attività "Chirurgica e Invasiva" applicata alla colonna vertebrale
Massimale:	La somma massima indicata nella Scheda di Copertura che la Società sarà tenuta a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per uno o più richieste di risarcimento occorsi durante il Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste e delle persone danneggiate.
Medicina Estetica	La medicina estetica è una branca medica, finalizzata a migliorare il benessere psicofisico della persona, <u>attraverso interventi</u> non chirurgici tesi a risolvere un inestetismo.
Questionario Pre-assuntivo:	Modulo compilato e sottoscritto dal Contraente ai fini della quotazione del rischio e che forma parte integrante del presente contratto.
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, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali

- Periodo di Assicurazione** Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di copertura e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi della copertura in caso di mancato pagamento del Premio.
- Personale Dipendente:** Tutte le persone non rientranti nella definizione di Assicurato in quanto non qualificate all'esercizio dell'attività professionale sopra definita ma che, nell'ordinario svolgimento della stessa, operano o hanno operato alle dirette dipendenze dell'Assicurato con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato, anche se a tempo determinato, o con rapporto di collaborazione o di apprendistato o praticantato, anche durante periodi di prova, di addestramento, di formazione o di "stage" per i quali l'assicurato sia tenuto per legge a rispondere
- 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).
- Retroattività** La data indicata nella Scheda di Copertura, precedente al Periodo di Assicurazione. La garanzia di questa Polizza si intende prestata per le Richieste di Risarcimento relative a fatti colposi, errori od omissioni commessi dall'Assicurato successivamente alla Data di Retroattività ed entro il termine del Periodo di Assicurazione.
- Richiesta di Risarcimento:** Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, viene posta a conoscenza dell'Assicurato:
1. la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo civilmente responsabile per Danni cagionati da fatto 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;
 2. qualsiasi atto introduttivo di un giudizio civile e/o amministrativo contabile in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa Assicurazione;
 3. la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010;
 4. la ricezione, da parte dell'Assicurato, di un ricorso per l'espletamento di Consulenza Tecnica Preventiva ai sensi dell'art. 696 o 696 bis del c.p.c.;
 5. la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un Terzo sia costituito "Parte Civile".
 6. la comunicazione con cui l'Azienda pubblica o struttura privata manifesta l'intenzione di ritenere l'Assicurato responsabile per colpa grave
- Richieste di Risarcimento Tardive:** Le richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato per la prima volta in data posteriore a quella della cessazione della sua attività professionale oppure in alternativa in data posteriore a quella di scadenza della polizza per fatti colposi, errori od omissioni commessi in data anteriore a quella di tale cessazione o scadenza ma comunque non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.
- Richieste di risarcimento in serie:** Pluralità di Richieste di risarcimento presentate all'Assicurato in tempi diversi originate da uno stesso errore e/o comportamento colposo. La data della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data valida per tutti le successive sempreché siano denunciate alla Società durante la validità della Polizza, anche ai fini del Massimale per Periodo di Assicurazione
- Scheda di Copertura:** Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicate le caratteristiche della copertura quali: i dati relativi al Contraente/Assicurato, le dichiarazioni del Contraente, l'Attività svolta, la Data di Retroattività, le condizioni speciali, il Massimale, la Franchigia/scoperto per ogni richiesta di risarcimento ed il relativo premio.

Sottolimito:

La somma massima inclusa nel Massimale indicato nella Scheda di copertura e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per specifica Garanzia per ogni danno derivante da una richiesta risarcitoria e per l'insieme di tutte le richieste risarcitorie pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero di esse e delle persone danneggiate.

Terzi:

Tutte le persone diverse dall'Assicurato sopra definito, con esclusione:

- del coniuge o convivente e dei figli dell'Assicurato, dei familiari che con lui convivono, dei suoi dipendenti di ogni ordine e grado,
- delle ditte e aziende di cui l'Assicurato sia titolare o contitolare o rappresentante di fronte alla legge o di cui sia - direttamente o indirettamente - azionista/socio di maggioranza o controllante o in cui ricopra cariche direttive,
- dei soggetti, degli enti, delle ditte e aziende, che siano titolari o contitolari, azionisti/soci di maggioranza o di controllo della ditta o azienda dell'Assicurato.

Fermo quanto sopra, nel termine 'terzo' o 'terzi' sono espressamente compresi i clienti e i committenti dell'Assicurato, in relazione all'esercizio dell'attività professionale esercitata

Traumatologia:

La branca della specializzazione in Ortopedia e Traumatologia che si interessa delle lesioni da traumi.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**A - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE****Articolo 1 - Richiamo alle definizioni**

Le Parti convengono che le definizioni che precedono fanno parte integrante di questa polizza e vengono tutte richiamate per l'interpretazione di queste condizioni e di ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Articolo 2 – Dichiarazioni del Contraente – proposta

Con la firma di questa Polizza l'Assicurato dichiara:

- 2.1 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 nella scheda di copertura, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 2.2 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.

Articolo 3 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

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).

Articolo 4 - Aggravamento o diminuzione del rischio

In caso di mutamenti che aggravino il rischio nel corso del Periodo di Assicurazione, il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto agli Assicuratori entro 15 giorni dalla data del loro verificarsi, e si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Se nel corso del Periodo di Assicurazione il Contraente comunica agli Assicuratori mutamenti che producono una diminuzione del rischio, si applicano le disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile e gli Assicuratori rinunciano al relativo diritto di recesso.

Articolo 5 – 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 richiesta di risarcimento. L'Assicurato è tenuto a denunciare il ricevimento di una richiesta di risarcimento a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 6 - Clausola Intermediario

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

- a) Ogni comunicazione effettuata all'Intermediario indicato nella scheda di copertura da AEC Underwriting S.p.A. si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- b) Ogni comunicazione effettuata dall'Intermediario indicato nella scheda di copertura ad AEC Underwriting S.p.A. si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori conferiscono alla Società AEC Underwriting S.p.A. la facoltà di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza, pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata ad AEC Underwriting S.p.A. si considererà come effettuata agli Assicuratori;
- b) Ogni comunicazione effettuata da AEC Underwriting S.p.A. si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Articolo 7 – Foro Competente

Per tutte le controversie derivanti o comunque connesse con il presente contratto, Foro competente é esclusivamente quello del luogo di residenza o della sede legale del Contraente.

Articolo 8 – 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.

Articolo 9 – Calcolo e periodicità e mezzi di pagamento del premio iniziale

9.1 Il premio annuale esposto nella Scheda di Copertura è calcolato sull'attività svolta dall'Assicurato / Contraente. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *Polizza* se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Eventuali premi e/o rate di premio successive alla prima debbono essere pagati entro quindici giorni dalla scadenza prevista, altrimenti l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento da parte del *Contraente*. Il Premio potrà essere pagato agli Assicuratori tramite gli Intermediari delegati attraverso cui la polizza viene prodotta. Alle annualità successive si applicano i disposti del seguente articolo 11.

9.2 Alla scadenza contrattuale e previo preavviso di almeno 90 (novanta) giorni, anche ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023 e con riferimento al verificarsi o meno di sinistri, la Società comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie, in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del Premio stesso e del fabbisogno finanziario della Società. Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il relativo nuovo Premio

Articolo 10 - Validità temporale delle garanzie – Clausola *Claims made- retroattività- denuncia tardiva*

La presente polizza è in forma "Claims made". L'Assicurazione è valida esclusivamente per le *Richieste di risarcimento* poste a conoscenza dell'Assicurato – e da questi comunicate per iscritto agli Assicuratori in accordo con le condizioni della presente Polizza - per la prima volta durante il *Periodo di Assicurazione*, e conseguenti a fatti, errori, omissioni posti in essere non oltre 10 anni antecedenti il periodo di vigenza della polizza.

Fermo restando quanto previsto al successivo Art. 15 – diritti e obblighi delle parti in caso di Richiesta di risarcimento o *Circostanze*, sono ritenute valide le denunce pervenute agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla *scadenza* della *Polizza*, purché riferite a *Richieste* ricevute e/o *Circostanze* apprese dall'Assicurato durante il *Periodo di Assicurazione*.

Articolo 11 - Tacita proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente, ad esclusione dei casi in cui:

- 1) Durante il Periodo di validità della polizza venissero notificate all'Assicurato e/o agli Assicuratori *Circostanze* e/o *Richiesta di risarcimento*;
- 2) L'attività professionale dichiarata nella scheda di copertura allegata a questa polizza abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'Assicurazione;

Articolo 12 – Casi di cessazione dell'assicurazione

Indipendentemente dal momento in cui gli Assicuratori ne siano informati, nei confronti dell'Assicurato che venga sospeso o radiato dal relativo Ordine professionale o a cui venga negata o ritirata l'abilitazione all'esercizio della professione l'assicurazione cessa automaticamente dalla data in cui una tale circostanza si è verificata.

Articolo 13 - Variazioni del contratto – Comunicazioni tra le Parti – Oneri fiscali

- a) Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e dagli Assicuratori.
- b) Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere fatte per iscritto nel rispetto delle modalità e dei termini previsti in polizza.
- c) Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 14 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di risarcimento - Facoltà di recesso

Nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, l'Assicurato deve dare avviso scritto agli Assicuratori tramite Pec di:

- 1) qualsiasi Richiesta di risarcimento così come sopra definita;
- 2) qualsiasi circostanza così come sopra definita, fornendo le precisazioni necessarie e opportune con i dettagli relativi a date e persone coinvolte. Dato l'avviso agli Assicuratori nei termini predetti, l'eventuale richiesta di risarcimento che ne consegua sarà considerata come denunciata agli Assicuratori nel Periodo di Assicurazione durante il quale è stato l'avviso è stato dato.
- 3) In caso di perdita di documenti regolare avviso deve essere dato agli Assicuratori nei dieci giorni successivi a quello in cui l'Assicurato ha avuto conoscenza del fatto dannoso.

Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, si applica l'art. 5 che precede.

Dopo ogni denuncia e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, il Contraente può recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Il preavviso potrà essere dato tramite l'Intermediario identificato nella Scheda di Copertura (articolo 7). Non è previsto il rimborso della frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.

Articolo 15 - Diritti e obblighi delle Parti in caso di Richiesta di risarcimento

Fatta la denuncia, l'Assicurato è tenuto a fornire agli Assicuratori l'assistenza necessaria e tutte le informazioni e documentazioni utili per la gestione del caso.

Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato non deve, senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Qualora l'Assicurato opponesse un rifiuto a una transazione raccomandata dagli Assicuratori preferendo resistere alle pretese del terzo o proseguire l'eventuale azione legale, gli Assicuratori non saranno tenuti a pagare più dell'ammontare per il quale avevano la possibilità di transigere, oltre alle spese legali sostenute fino alla data in cui l'Assicurato ha opposto detto rifiuto, fermo in ogni caso il limite di indennizzo applicabile in quel momento e ferma la franchigia a carico dell'Assicurato se presente.

Articolo 16 – Gestione della lite

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 rispondono, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e nel limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di risarcimento.

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.

Gli Assicuratori non rispondono di multe o ammende inflitte all'Assicurato né delle spese di giustizia penale.

Articolo 17 – Diritti di Surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, fino a concorrenza dell'indennizzo pagato o da pagare e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di rivalsa che per legge o per contratto spettano all'Assicurato, il quale è tenuto a prestare agli Assicuratori ogni possibile assistenza nell'esercizio di tali diritti.

Nei confronti dei dipendenti e collaboratori dell'Assicurato, tali diritti di rivalsa saranno fatti valere soltanto in caso di azione od omissione dolosa dagli stessi commessa.

L'Assicurato è responsabile nei confronti degli Assicuratori del pregiudizio arrecato al loro diritto di surrogazione.

Articolo 18 – Oggetto dell'Assicurazione (Claims made)

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale e ferma l'applicazione di sottolimiti, franchigie e/o scoperti, indicate nella Scheda di Copertura prestano le garanzie in relazione alla responsabilità civile come descritta agli articoli 18.1, 25 e 26.

L'assicurazione, quale delimitata da questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nella scheda di copertura se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- 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 di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

- b. 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.
- c. 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 o comunque da parte dell'autorità giudiziarie competenti a pronunciarsi, per ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'erario, alla struttura sanitaria o al suo assicuratore.

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 26;
- ii. i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
- iii. i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- iv. 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;
- v. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente o Ctu nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
- vi. i danni conseguenti all'attività accessoria di Medicina Non Convenzionale
- vii. i danni di natura estetica e fisionomica, ferma la successiva esclusione dell'Art. 20 aa;
- viii. le prestazioni sanitarie erogate attraverso la telemedicina;
- ix. i danni derivanti da fatti commessi dal medico che sostituisce l'Assicurato e per i quali esiste una responsabilità in capo all'Assicurato
- x. l'attività intramoenia svolta dall'Assicurato nonché le prestazioni sanitarie erogate in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale
- xi. le prestazioni sanitarie erogate dall'Assicurato in regime libero-professionale presso Strutture Sanitarie, di cui l'Assicurato stesso si avvalga nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente;
- xii. le attività prestate per conto di Strutture Sanitarie pubbliche e/o private per far fronte all'emergenza sanitaria Covid-19 (inclusa la somministrazione di vaccini ed esecuzione tamponi) fino al termine della stessa, a prescindere dalla vigenza dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri.

Articolo 18.1 - 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, **fino alla concorrenza del Massimale indicato nella Scheda di Polizza**, 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 nella scheda di copertura e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli Assicuratori rispondono:

- a. dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- b. dei Danni, 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.

Articolo 19 – Periodo di Assicurazione

Le date d'inizio e termine del primo Periodo di Assicurazione sono stabilite nella Scheda di Copertura. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di proroga o rinnovo di questo contratto. Ognuna di tali annualità è distinta dalla precedente e dalla successiva; pertanto, ciascun Periodo di Assicurazione costituisce un'autonoma e singola annualità di copertura assicurativa, diversa e separata da quella che la precede e da quella che la segue.

Articolo 20 – Esclusioni

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

- i. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 30 giorni di cui all'articolo 10. Laddove nel periodo di tolleranza l'assicurato abbia sottoscritto analoga copertura con altro assicuratore, la presente polizza cesserà i propri effetti dalla data di decorrenza della polizza novata.
- ii. 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;
- iii. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

Le garanzie prestate dalla presente polizza non comprendono inoltre i danni e/o le richieste risarcitorie:

- a. derivanti dall'esercizio da parte dell'Assicurato di attività diverse da quelle indicate nella Scheda di Copertura;
- b. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c. causate da, connesse o conseguenti in tutto od in parte a fatti, circostanze o situazioni che l'Assicurato conosceva o delle quali poteva avere ragionevolmente conoscenza prima del Periodo di Assicurazione, ed atte a generare una successiva Richiesta di Risarcimento contro di lui;
- d. a favore di un Assicurato che non sia iscritto all'Albo professionale od autorizzato dalle competenti Autorità ad esercitare le attività indicate nella Scheda di Copertura, oppure che sia stato colpito da provvedimento di sospensione, cancellazione dall'albo, revoca dell'autorizzazione ad esercitare l'attività, radiazione o licenziamento per giusta causa. In tali casi le garanzie restano sospese in relazione agli Atti Illeciti commessi successivamente alla data di emissione e sino alla data di revoca del provvedimento. Le garanzie restano in ogni caso operanti in relazione alle Richieste di Risarcimento riferibili ad Atti Illeciti commessi prima della data del provvedimento. L'Assicurato è tenuto a comunicare agli Assicuratori le circostanze di cui sopra entro 7 giorni dalla data di accadimento, fornendo copia della relativa documentazione. Gli Assicuratori conseguentemente avranno facoltà di:
 - I. recedere dalla polizza dando 90 giorni di preavviso;
 - II. mantenere in vigore l'Assicurazione fino alla sua scadenza originaria in relazione alla sola notifica delle Richieste di Risarcimento per Atti Illeciti commessi in data antecedente il periodo in cui la delibera è stata assunta dagli Organi competenti;
- e. le Richieste di Risarcimento derivanti da azioni dolose o fraudolente dell'Assicurato, e/o dall'esercizio da parte dello stesso di attività abusive, non consentite o non riconosciute dalle Leggi;
- f. per le Richieste di Risarcimento derivanti da Danni Patrimoniali e/o Danni Materiali, salvo quanto diversamente stabilito
- g. in relazione all'esercizio di attività diverse da quelle aventi carattere medico, diagnostico e terapeutico. Sono in particolare escluse le attività aventi carattere amministrativo, organizzativo (Direttore Sanitario, Dirigente di secondo livello, Primario), e le relative Richieste di risarcimento. 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;
- h. le obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni inflitte direttamente all'Assicurato, e/o per le conseguenze del loro mancato pagamento;
- i. le Richieste di Risarcimento derivanti da inosservanza di obblighi contrattuali volontariamente assunti dall'Assicurato e non derivanti da obblighi di Legge;
- j. le Richieste di risarcimento derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, ingiuria o diffamazione;
- k. 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 21
- l. quando il Contraente è persona giuridica, per le responsabilità dei Legali Rappresentanti e dei Consiglieri di Amministrazione;
- m. i danni conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- n. i danni direttamente o indirettamente generati da detenzione e/o impiego di sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, nonché verificatisi in connessione con trasformazioni e/o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.);

- o. i danni derivanti direttamente o indirettamente in tutto o in parte ascrivibili all'asbesto o da qualsiasi sostanza contenute in qualsiasi forma o misura asbesto;
- p. i danni direttamente o indirettamente causati da o dovuti a atti di guerra dichiarata o non, occupazione o invasione militare, requisizione, nazionalizzazione e confisca, guerra civile, rivoluzione, insurrezione, sequestri e/o ordinanze di governo o Autorità anche locali sia di diritto che di fatto;
- q. i danni di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, o dovuti a, o in connessione con qualsiasi Atto di terrorismo o sabotaggio indipendentemente da qualsiasi altra concausa che abbia contribuito a generare perdite, danni, costi o spese. Relativamente a questa esclusione, per terrorismo si intende un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- r. le Richieste di Risarcimento svolte nei confronti dell'Assicurato da parte di collaboratori, dipendenti e praticanti che si siano avvalsi delle prestazioni dell'Assicurato, salvo che siano state regolarmente fatturate;
- s. le Richieste di risarcimento derivanti direttamente o indirettamente da insolvenza o fallimento da parte dell'Assicurato;
- t. per i danni da ogni presunta o provata responsabilità direttamente o indirettamente derivante dalla Encefalopatia spongiforme trasmissibile (TSE) in qualunque forma e senza alcuna limitazione compresa ma non limitata alla Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) o alla nuova variante della malattia Creutzfeld-Jacob (vCJDper);
- u. L'Assicurazione non comprende i danni direttamente o indirettamente generate in tutto o in parte da campi elettromagnetici e/o radiazioni elettromagnetiche;
- v. i danni da responsabilità direttamente o indirettamente derivante da attività di sperimentazione, modifica, acquisizione, preparazione, lavorazione, trattamento, distribuzione, magazzino o applicazione o qualsiasi utilizzazione di materiali di qualunque tipo interamente o parzialmente derivati dal corpo umano (a titolo esemplificativo ma non limitativo: tessuti, cellule, organi, sangue, urine, escrezioni e secrezioni) e ogni derivato o prodotto biosintetico. Questa esclusione non si applica alla copertura degli ospedali e della responsabilità civile professionale di medici ed altro personale sanitario a meno che i suddetti medici e personale sanitario siano specializzati esclusivamente nelle sopra menzionate aree ed attività;
- w. i danni di qualsiasi natura, sia interamente o parzialmente, direttamente o indirettamente, derivanti o risultanti da, o in qualche modo coinvolgenti: ogni azione adottata da una parte in risposta alla formazione, crescita, presenza, rilascio o dispersione effettiva, potenziale, possibile o presunta di funghi, muffe, spore o micotossine di qualsiasi tipo, inclusa l'indagine, il controllo, la detenzione, il monitoraggio, il trattamento, il risanamento o la rimozione di tali funghi, muffe, spore o micotossine; e ogni provvedimento amministrativo o normativo, requisito, direttiva, mandato o decreto che richieda ad una parte di adottare un'azione in risposta alla formazione, crescita, presenza, rilascio o dispersione effettiva, potenziale, possibile o presunta di funghi, muffe, spore o micotossine di qualsiasi tipo, inclusa l'indagine, il controllo, la detenzione, il monitoraggio, il trattamento, il risanamento o la rimozione di tali funghi, muffe, spore o micotossine; gli assicuratori non avranno alcun dovere o obbligo di manlevare gli assicurati in relazione a richieste di risarcimento o provvedimenti amministrativi o normativi, requisiti, direttive, mandati o decreti che derivino o risultino da o in conseguenza di, o in qualsiasi modo coinvolgano, interamente o in parte, la formazione, la crescita, la presenza, il rilascio o la dispersione effettiva, potenziale, possibile o presunta di funghi, muffe, spore o micotossine di qualsiasi tipo; ogni direttiva o richiesta amministrativa, giudiziaria o normativa che richieda all'assicurato - o a chiunque agisca sotto la direzione o il controllo dell'assicurato - di testare, monitorare, pulire, rimuovere, raccogliere, trattare, disintossicare o neutralizzare gli agenti inquinanti. Con Agenti Inquinanti si intendono le sostanze solide, liquide, gassose o termali irritanti o contaminanti, compresi gas, acidi, alcali, sostanze chimiche, calore, fumo, vapore, fuliggine o rifiuti. Con rifiuti si intendono, a titolo meramente esemplificativo, i materiali da riciclare, ricostituire o recuperare;
- x. le richieste di risarcimento direttamente o indirettamente derivanti da, o connesse o conseguenti a epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS) indipendentemente dall'esistenza di qualsiasi altra concausa, anche temporanea;
- y. i danni punitivi non saranno in nessun caso considerati indennizzabili ai termini della presente polizza i c.d. "Danni Punitivi/esemplari/multipli" neanche qualora la condanna derivi da fatti o responsabilità che sarebbero assicurati ai termini della presente polizza;
- z. le Richieste di Risarcimento derivanti da mancato, errato o inadeguato funzionamento del sistema informatico e/o di qualsiasi impianto, apparecchiatura o componente elettronico;
- aa. basati sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

- bb.** relativi 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;
- cc.** 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);

Art. 20.1 – A meno di esplicita pattuizione tra le parti, e previo pagamento del premio addizionale convenuto, sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da:

- a. Attività Invasiva;
- b. Attività Chirurgica;
- c. Medicina Estetica
- d. Fecondazione assistita;
- e. Interventi spinali;
- f. Ostetricia Ambulatoriale;
- g. Assistenza al travaglio e al parto;
- h. Traumatologia.
- i. Per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- j. Attività di Direttore Sanitario, Dirigente di secondo livello, Primario.

Resta inteso che lo svolgimento di autopsie non configura Attività Invasiva ed è pertanto inclusa in garanzia.

Articolo 21 – Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, con esclusione degli Stati Uniti d'America e dei territori sotto la giurisdizione degli stessi e del Canada.

Le garanzie di Polizza non saranno operanti con riferimento a qualunque *Richiesta di risarcimento* promossa e che debba essere trattata in via stragiudiziale, di arbitrato o giudiziale, in Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 22 - Limite di indennizzo globale (Massimale) – Sottolimito di indennizzo

Il Limite di indennizzo globale (Massimale) esposto nella Scheda di Copertura rappresenta l'esborso cumulativo massimo fino a concorrenza del quale gli Assicuratori sono tenuti a rispondere, per capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Reclami pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione. Qualunque sia il numero dei Reclami, dei reclamanti e delle persone assicurate coinvolte, e senza riguardo al momento in cui i danni si sostanzino o gli Assicuratori effettuino gli eventuali pagamenti, l'obbligazione degli Assicuratori non potrà mai, in qualsiasi circostanza e a qualunque titolo, essere maggiore di tale Limite di Indennizzo. Ogni importo pagato dagli Assicuratori per ciascun Reclamo andrà pertanto a ridurre il massimale del Limite di Indennizzo pertinente al relativo Periodo di Assicurazione. Il "limite di indennizzo applicabile" è quello che risulta dopo tale riduzione.

Il Limite di Indennizzo di un Periodo di Assicurazione non si cumula in nessun caso con quello di un periodo precedente o successivo, né in conseguenza di proroghe, rinnovi o sostituzioni del contratto, né per il cumularsi dei premi pagati o da pagare.

Se per una voce di rischio è previsto un sotto limite di indennizzo, questo non è in aggiunta al Limite di Indennizzo ma è una parte dello stesso e rappresenta l'obbligazione massima degli Assicuratori per quella voce di rischio.

Articolo 23 – Franchigia

Salvo ove diversamente stabilito nelle condizioni che seguono o negli allegati a questa polizza, l'assicurazione è soggetta alla franchigia stabilita nella Scheda di Copertura che, per ogni Reclamo, resta a carico dell'Assicurato. Agli effetti dell'applicazione della franchigia, tutti i Reclami che risalgono a uno stesso fatto colposo, a uno stesso errore o una stessa omissione, o a più fatti, errori od omissioni attribuibili a una medesima causa, saranno considerati un Reclamo unico.

Qualora gli Assicuratori abbiano anticipato, in tutto o in parte, l'ammontare della franchigia, il Contraente si obbliga a rimborsare il relativo importo agli Assicuratori stessi dietro dimostrazione dell'avvenuta anticipazione.

La franchigia non si applica alle spese legali e peritali di cui all'articolo 16.

Art. 24 - Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

Art. 24.1 - In caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'Assicuratore ai sensi dell'art. 12 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, sono opponibili al danneggiato le seguenti eccezioni:

- a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività diverse dall'**Attività Assicurata** così come presentata all'**Assicuratore** nel Questionario pre-assuntivo;

- b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le **Richieste di Risarcimento** presentate al di fuori del **periodo di assicurazione indicato in Schea di Copertura**, incluso il periodo di retroattività e, se previsto, il **Periodo di Garanzia Postuma**
- c. il mancato pagamento del **Premio**.

Art. 24.2 - Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle indicate all'art. 3.3.1 che precede, salvo il diritto di rivalsa dell'**Assicuratore** nei confronti dell'**Assicurato**.

Articolo 25 – Responsabilità solidale

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ai sensi degli artt. 1298 e/o 2055 Codice civile.

Laddove abbiano provveduto a liquidare per intero un danno in base a responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori si surrogano nel diritto dell'Assicurato all'azione di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 26 – Responsabilità civile verso Terzi nella conduzione dello studio

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 20 – Esclusioni Lett. f), delle Condizioni di Polizza, le garanzie si intendono operanti per i *Danni corporali*, *Danni materiali* e *Danni patrimoniali* cagionati a *Terzi*, dei quali l'Assicurato sia civilmente responsabile ai sensi di legge, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla conduzione dello Studio Professionale, sia nella sede principale che in eventuali sedi secondarie stabili. Sono compresi i danni arrecati a terzi da collaboratori, sostituti, praticanti, dipendenti del cui fatto l'Assicurato debba rispondere.

La garanzia è prestata con l'applicazione di un Limite di Indennizzo pari ad € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per ogni *Richiesta di risarcimento* e per anno assicurativo.

Si intendono comunque esclusi:

- a) *Danni materiali* sofferti dall'Assicurato come conseguenza di fuoriuscita d'acqua per guasto o rottura di impianti tecnici idrici, igienici, di riscaldamento;
- b) *Danni materiali* – inclusi i danni cagionati da furto o incendio - a beni che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo;
- c) Danni di qualsiasi natura occorsi in occasione di lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, elevazione e demolizione;
- d) Danni di qualunque natura derivanti dalla circolazione di qualunque veicolo.

Articolo 27 - Responsabilità civile verso i dipendenti (RCO)

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato, fino a concorrenza delle somme indicate in polizza, di quanto è tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

A) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) per i quali l'I.N.A.I.L. è tenuto a erogare una prestazione, **sofferti da lavoratori dipendenti o da lavoratori parasubordinati dell'Assicurato, addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione e assicurati come da normativa9;**

B) a titolo di risarcimento dei danni che non rientrano nella disciplina del D.P.R 30 giugno 1965 n. 1124 e del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai lavoratori di cui al punto A), per morte e per lesioni personali dalle quali è derivata un'inabilità permanente (escluse le malattie professionali) non inferiore al 6%, calcolata in base alla tabella delle menomazioni di cui all'articolo 13 comma 2 lett. a) del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38.

La garanzia non opera per i c.d. *mobbing/ bossing/ straining* e sindromi e comportamenti affini di tipo persecutorio e/o discriminatorio.

Alla presente garanzia si applica l'art. 1917 c.c., pertanto gli Assicuratori sono obbligati a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un *Terzo*, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto.

La garanzia è prestata con l'applicazione di un Limite di Indennizzo pari ad € 500.000,00 (Cinquecentomila/00) per ogni *Richiesta di risarcimento* e per anno assicurativo e con una franchigia pari a € 500,00 (Cinquecento/00).

Articolo 28 – Clausola Sanzioni

Questa polizza non potrà essere applicata ad alcun commercio o altra attività soggetta a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione di carattere economico, politico o commerciale applicabile. Nessuna compagnia (ri)assicurativa sarà tenuta a fornire copertura, liquidare alcuna richiesta di risarcimento o corrispondere alcuna somma in virtù del presente accordo nella misura in cui tale copertura assicurativa, liquidazione di una richiesta di risarcimento o

corresponsione di una somma potrebbe esporre detta compagnia (ri)assicurativa o qualsiasi membro del gruppo della compagnia assicurativa a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione di carattere economico, politico o commerciale applicabile. La compagnia (ri)assicurativa ha l'obbligo di rispettare tutte le eventuali restrizioni, misure e sanzioni finanziarie applicabili irrogate dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti (incluse quelle imposte dall'Office of Foreign Asset Control) che fanno tutte parte di questa clausola.

Articolo 29 - Garanzia Postuma (cd Legge Gelli – Bianco n.24/2017 art.11 e successive modifiche e/o integrazioni)
In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione incluso il Periodo di Retroattività.

Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato venga definitivamente a cessare per qualsiasi altro motivo, la copertura assicurativa viene automaticamente garantita all'Assicurato (od ai suoi eredi per il caso di decesso) per ulteriori dieci anni, contro eventuali Richieste di Risarcimento conseguenti ad eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione, incluso il Periodo di Retroattività.

L'attivazione della Postuma è esercitata entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultima annualità di polizza attiva e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 500% del premio corrispondente all'ultima mansione esercitata.

Valgono le modalità previste dagli articoli della presente Assicurazione.

Resta inteso che alla presente garanzia si applicheranno le medesime condizioni in corso al momento della scadenza del Periodo di Assicurazione e che l'attivazione della garanzia postuma non andrà ad aumentare il Limite di Indennizzo o qualsivoglia Sotto limite di Indennizzo previsto nella Scheda di Copertura al momento della scadenza del Periodo di Assicurazione o della cessazione dell'Assicurazione, che dovranno ritenersi la massima esposizione della Assicurazione per l'intero periodo di ultrattività indipendentemente dal numero di Richieste di Risarcimento pervenute all'assicurato.

Il Premio supplementare da corrispondere ai sensi della presente estensione s'intende interamente goduto al momento del suo pagamento e non sarà rimborsabile in caso di cessazione della garanzia postuma.

CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE

(Valide soltanto se espressamente richiamate nella Scheda di Copertura)

Art. 30 - Attività Invasiva

A parziale deroga dell'articolo 20.1 lettera a), l'assicurazione delimitata in questa polizza vale anche per le richieste di risarcimento derivanti da attività invasiva come da definizioni della presente polizza. Restano comunque sempre esclusi i danni derivanti da attività invasiva relativa ad infiltrazioni spinali e cerebrali.

Art. 31 - Attività di Direttore Sanitario

A parziale deroga dell'articolo 20.1 lettera j), l'assicurazione delimitata in questa polizza vale anche per le 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.

Art. 32 – Medicina Estetica

A parziale deroga dell'articolo 20.1 lettera c), l'assicurazione delimitata in questa polizza vale anche per le richieste di risarcimento derivanti da attività estetica come da definizioni della presente polizza.

Data	Il Contraente

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara, per conto proprio e per conto dell'Assicurato:

- di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*claims made*», a coprire i Reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo (*definizione e articolo 14*);**
- di approvare specificatamente le Definizioni contenute in questo contratto di polizza, nonché le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle condizioni di polizza:**

articolo 5 – Altre assicurazioni

articolo 6 – Clausola dell'Intermediario

Articolo 9 – Calcolo e periodicità e mezzi di pagamento del premio iniziale

Articolo 10 - Validità temporale delle garanzie – Clausola Claims made- retroattività- denuncia tardiva

articolo 11 – Tacita proroga – Rescindibilità annuale

articolo 12 – Casi di cessazione dell'assicurazione

articolo 14 – Obbligo dell'Assicurato in caso di richiesta di risarcimento (assicurazione «*claims made*»)

articolo 15 – Diritti e obblighi delle Parti in caso di richiesta di risarcimento

Articolo 16 – Gestione della lite

articolo 18 – Oggetto dell'assicurazione (Claims Made)

articolo 19 – Periodo di Assicurazione

articolo 20 – Esclusioni

Articolo 24 - Azione diretta - Eccezioni opponibili al terzo danneggiato

- di avere ricevuto i documenti che compongono il set informativo e questionario proposta ove previsto.**
- Anche agli effetti degli articoli 1892 e 1893, il Contraente dichiara, per conto proprio e per conto di ogni Persona Assicurata e dopo appropriati accertamenti, 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 propria e/o dei suoi sostituti, collaboratori o dipendenti con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza di questo contratto, anche ove ne disconoscesse la riferibilità al comportamento del Contraente stesso, delle Persone Assicurate o dei rispettivi ausiliari.**

Data	Il Contraente
------	---------------------