

COLPA GRAVE SCUDO PROFESSIONALE

**LA COPERTURA È PRESTATA NELLA FORMA
« CLAIMS MADE »**

Si vedano gli Articoli 2, 4.1, 15

INDICE

Articolo 1: Definizioni

Articolo 2: Forma dell'assicurazione («claims made») - retroattività

Articolo 3: Oggetto dell'assicurazione

Articolo 4: Esclusioni

Condizioni Generali

Articolo 5: Dichiarazioni dell'Assicurato

Articolo 6: Reticenze e dichiarazioni inesatte

Articolo 7: Limiti territoriali

Articolo 8: Responsabilità solidale

Articolo 9: Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori

Articolo 10: Variazione del rischio

Articolo 11: Pagamento del premio

Articolo 12: Oneri fiscali

Articolo 13: Modalità della proroga automatica dell'assicurazione

Articolo 14: Coesistenza di altre assicurazioni – secondo rischio

Articolo 15: Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Articolo 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro

Articolo 17: Spese legali e gestione delle vertenze

Articolo 18: Clausola broker

Articolo 19: Surrogazione

Articolo 20: Norme di legge

Articolo 21: Clausola Bonus Malus

Condizioni Particolari Aggiuntive – Valide solo se espressamente richiamate in Scheda di Polizza

A: Attività Extramoenia

B: Condanna Provvisoria in Sede Penale

Le parti convengono che le definizioni che seguono sono parte integrante della presente Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante la medesima,

ASSICURATO

Operatore sanitario medico e non medico, regolarmente iscritto all'albo, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, o il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel modulo di proposta e che svolge la propria attività a qualunque titolo, presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata.

ASSICURATORE

L'impresa di assicurazione indicata nella scheda di polizza.

ATTIVITA' EXTRAMOENIA

Attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria Pubblica o Privata.

ATTI INVASIVI

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; 8. Diagnosi e scansioni prima della nascita.

ASSICURAZIONE

La copertura assicurativa offerta dalla polizza agli assicurati.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

L'attività di operatore sanitario svolta dall'Assicurato presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata.

CERTIFICATO DI POLIZZA

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

CLAIMS MADE

Si veda l'Articolo 2 del testo di polizza.

COMPORAMENTO COLPOSO

Il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo o comportamento comunque dannosi, non determinati da volontà di nuocere, ma da negligenza, imprudenza, imperizia e inosservanza di leggi o regolamenti da cui scaturisce la richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze.

COMUNICAZIONE FORMALE

La lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata inviata personalmente all'Assicurato.

CONTRAENTE

Soggetto che sottoscrive il contratto di assicurazione, regolarmente iscritto all'Albo, o il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel modulo di proposta, che sottoscrive la polizza.

COVERHOLDER

Il soggetto – persona fisica o giuridica - indicato nella scheda di polizza al quale gli Assicuratori hanno affidato la gestione del contratto di assicurazione.

DANNO

Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.

**ESERCENTE ATTIVITÀ DI
LIBERO PROFESSIONISTA**

Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il SSN, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto.

**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.

FRANCHIGIA

Elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.

**INTERMEDIARIO
ASSICURATIVO**

Persona fisica o giuridica - indicato nella scheda di polizza, al quale il Contraente affida la gestione del rapporto con gli Assicuratori e/o con il Coverholder.

LOSS ADJUSTER

Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri.

MASSIMALE

La somma massima che gli Assicuratori sono tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

MODULO DI PROPOSTA

Documento compilato e sottoscritto dal Contraente con il quale manifesta la volontà di stipulare la polizza.

PERDITE PATRIMONIALI

Il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il periodo la cui decorrenza e scadenza sono stabilite nella scheda di polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente al primo periodo di assicurazione, il periodo di assicurazione stesso corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo dell'assicurazione.

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

Documento comprensivo della scheda di polizza, del testo, e del modulo di proposta e che costituisce il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.

**RESPONSABILITÀ
AMMINISTRATIVA**

La responsabilità gravante sull'Assicurato che, avendo disatteso obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio con la Pubblica Amministrazione, abbia cagionato una perdita patrimoniale all'ente di appartenenza, ad un altro ente pubblico o, più in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.

RETROATTIVITÀ

Si veda l'Articolo 2 del testo di polizza.

**RICHIESTA DI RISARCIMENTO /
CIRCOSTANZA**

Quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- 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, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696bis, nonché l'azione della Corte dei conti, compreso l'invito a dedurre;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione;
- iv. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata informa l'Assicurato che la stessa è oggetto di una richiesta di risarcimento da parte di un terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Assicurato ex art. 13 Legge 8 marzo 2017 n 24;
- v. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vi. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vii. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- viii. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare

- ix. e/o di qualsiasi indagine a suo carico;
il ricevimento da parte del Contraente Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- x. la comunicazione formale con la quale la struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata informa l'Assicurato circa la volontà di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- xi. La sentenza per colpa grave emanata dall'Autorità Giudiziaria Ordinaria, Penale o Civile;
- xii. La notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Assicurato per colpa grave;
- xiii. L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata o dal suo Assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.

Non è considerata comunicazione formale della struttura sanitaria pubblica di appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria.

SCHEDA DI POLIZZA

il documento che attesta la stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo della Polizza medesima.

SINISTRI IN SERIE

Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentato nella formula claims made alettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo).

SINISTRO

La Richiesta di Risarcimento / Circostanza di cui l'Assicurato venga a conoscenza per **la prima volta** nel corso del **Periodo di assicurazione**.

STRUTTURA SANITARIA / SOCIO-SANITARIA

Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo, ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.

TERZO

ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro della struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica e privata presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia, anche costoro sono

considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Art. 2

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

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", ossia a coprire i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli **Assicuratori** per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Efficacia della polizza. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli **Assicuratori** e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato.

Art. 3

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A. Responsabilità Extracontrattuale

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nella scheda di polizza, prestano l'Assicurazione nella forma «**claims made**» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare

- a. Nel caso di Azione di **Responsabilità Amministrativa** esercitata in conseguenza di Danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- b. Nel caso di Azione di rivalsa esperita dalla **Struttura Sanitaria Privata**, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;
- c. Nel caso di azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della **Struttura Sanitaria Pubblica/ Struttura Sanitaria Privata**, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.

La garanzia è operante per i soli **Danni** per i quali l'**Assicurato** sia stato dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza passata in giudicato o sia intervenuta transazione autorizzata per iscritto dall'Assicuratore

L'Assicurazione è operante:

- a. per tutte le attività professionali esercitate **dall'Assicurato**, indicate nel modulo di proposta, svolte presso una **Struttura Sanitaria Pubblica/ Struttura Sanitaria Privata**.
- b. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.
- c. L'**Assicurazione** opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.
- d. L'**Assicurazione** opera, infine, con riferimento alla responsabilità per danni derivanti dall'attività di telemedicina e ricerca clinica.

B. Responsabilità Contrattuale (solo se richiamata in scheda di polizza)

Con riferimento all'attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria pubblica o privata - attività in extramoenia (se espressamente richiamata in scheda di copertura previo pagamento di premio addizionale):

1. nel caso sia 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.
2. nel caso sia 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 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 strutture sanitarie o sociosanitarie, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

Art. 4

ESCLUSIONI

4.1 Premesso che l'**Assicurazione è prestata nella forma "claims made"** sono esclusi:

- a. i sinistri che siano denunciati all'**Assicuratore** in data successiva a quella di scadenza del **Periodo di Assicurazione**, salvo la tolleranza di 30 (trenta giorni) dalla data di scadenza dello stesso;
- b. le **Richieste di Risarcimento / Circostanze** che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo **Periodo di Assicurazione**, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i sinistri relativi a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella scheda di polizza.

4.2 Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di **Richieste di Risarcimento / Circostanze**:

- d. riconducibili ad attività diverse dall'attività professionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana.
- e. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'**Assicurato** con dolo;
- f. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del comportamento colposo;
- g. in relazione a 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;
- h. in relazione a **Richieste di Risarcimento / Circostanze** fatte valere al di fuori dei **limiti Territoriali** convenuti all'articolo 7;
- i. per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- j. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- k. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- l. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- m. derivanti da violazione del 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);
- n. 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;

- o. 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 operatore sanitario medico e non medico veterinario;
- p. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- q. 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;
- r. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- s. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- t. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;
- u. per perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale non propriamente attinenti all'attività professionale di Operatore sanitario medico e non medico, da qualunque carica le medesime funzioni siano esperite;
- v. Per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave
- w. In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcune richiesta di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituiscano violazione di qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni Economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America;
- x. derivanti da attività invasiva, diagnosi prenatale, mancata e/o tardiva diagnosi prenatale, ecografie prenatali, qualunque attività ostetrica, diagnosi di tumore, mancata e/o tardiva diagnosi di tumore esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria pubblica o privata;
- y. attività professionale extramoenia (se non espressamente richiamata in scheda di copertura).

CONDIZIONI GENERALI

Art. 5

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la stipulazione del presente Contratto di Assicurazione l'Assicurato conferma:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di operatore sanitario con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia ad esercitare le attività indicate nel modulo di proposta
- 1.2 di esercitare le predette attività, presso la struttura sanitaria o socio-sanitarie pubblica o privata di appartenenza (articolo 1);
- 1.3 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che abbiano determinato o che potrebbero determinare richieste di risarcimento e/o fatti e/o circostanze da parte di terzi, relativamente all'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento a comportamenti colposi posti in essere anteriormente al periodo di assicurazione.
- 1.4 di svolgere l'eventuale attività da libero professionista indipendente al di fuori di una struttura pubblica o privata (extramoenia) in aggiunta all'attività regolarmente svolta presso una struttura sanitaria o socio-sanitaria pubblica o privata.

Art. 6**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 indennizzato dall'assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Particolare rilievo assumono le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di proposta.

Con riferimento a richieste di risarcimento e/o fatti e/o circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelle di cui alla relativa definizione contenuta nell'Articolo 1.

Art. 7**LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, le Isole Vergini, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È limitata alle richieste e/o azioni legali promosse nel territorio italiano.

Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in paesi diversi dall'Italia, fatti salvi i casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di paesi stranieri.

Infine, la presente assicurazione vale per assicurati residenti in Italia.

Art. 8**RESPONSABILITÀ SOLIDALE**

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori risponderanno di tutto quanto dovuto dall'Assicurato, fermo il diritto di regresso nei confronti di altri terzi responsabili.

Art. 9**ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI**

In caso di decesso dell'Assicurato durante il **Periodo di Assicurazione** la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali **Richieste di Risarcimento** conseguenti ad errori od 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, 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 2 Forma dell'Assicurazione («claims made»)** – retroattività.

Art. 10**VARIAZIONI DEL RISCHIO**

Qualora nel corso del **Periodo di Assicurazione** si verifichi una diminuzione (art. 1897 c.c.) o un aggravamento (art. 1898 c.c.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le disposizioni del Codice Civile non si applicano e l'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, come diminuito o aggravato senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

L'Assicurato deve informare gli Assicuratori delle eventuali variazioni del rischio che comportano mutamento verso diversa categoria assicurabile, a mezzo compilazione, sottoscrizione ed invio al Broker dell'apposito modulo, entro 30 (trenta) giorni dalla data di variazione. In tal caso l'Assicurazione è operante a decorrere

dalla data di variazione del rischio; diversamente, in caso di comunicazione traviva, l'Assicurazione è operante dalle ore 24.00 della data di ricezione della comunicazione da parte del Broker.

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto.
Qualunque variazione della polizza deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Art. 11

PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo **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 24:00 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 24:00 del trentesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 12

ONERI FISCALI

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

Art. 13

MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

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 rinnovato, 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 11.

Il rinnovo è però condizionato al ricorrere delle seguenti condizioni:

1. che alla predetta data di scadenza l'**Assicurato** non sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori, oppure di fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti in questa assicurazione;
2. che l'attività professionale dichiarata nel modulo di proposta allegato a questo certificato non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli **Assicuratori** e da questi 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 il rinnovo oppure di annullarlo con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato diversi 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 10).*

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 o posta elettronica certificata 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 16.

Art. 14

COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite patrimoniali, l'**Assicurazione** opera a secondo rischio, ossia solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il massimale indicato nella scheda di polizza.

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. 15

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli **Assicuratori** di ciascun sinistro entro 30 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.

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 30 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto.

Si richiama il secondo comma dell'articolo relativo ai casi 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. 16

FACOLTA DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

In vigenza di polizza l'Assicuratore non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia di un sinistro o del suo risarcimento, salvo il caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento. 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 "ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI".

Art. 17

SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Sono a carico dell'Assicuratore le spese legali sostenute per assistere e difendere l'**Assicurato** in caso di **Richiesta di Risarcimento**, in aggiunta al **Massimale**, ma entro i limiti del 25% del **Massimale** medesimo. Resta comunque facoltà degli Assicuratori di assumere, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

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

Art. 18**CLAUSOLA BROKER**

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione

1. il **Contraente/Assicurato** conferisce mandato all'**Intermediario Assicurativo** di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
2. gli Assicuratori conferiscono mandato al **Coverholder** di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questa Assicurazione.

È convenuto pertanto che:

1. ogni comunicazione fatta al Broker si considererà come fatta al Contraente/Assicurato;
2. ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Art. 19**SURROGAZIONE**

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

Art. 20**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, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Art. 21**CLAUSOLA BONUS MALUS**

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno 90 giorni e con riferimento alla sinistrosità pregressa relativa agli ultimi 3 (tre) anni con l'**Assicuratore**, è prevista la variazione in aumento o in diminuzione **del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo**.

CONDIZIONI PARTICOLARI AGGIUNTIVE**Valide solo se espressamente richiamate in Scheda di Polizza****A. Attività in Extramoenia**

Attività di libera professione esercitata dall'Assicurato al di fuori della Struttura Sanitaria pubblica o privata – Esclusa attività invasiva.

B. Condanna provvisoria in sede penale

La presente copertura tiene indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi in conseguenza di Danni per i quali sia stato penalmente condannato al pagamento di una provvisoria, sia nel caso in cui la statuizione avente effetti civili pronunciata dal giudice penale condanni solidalmente l'Assicurato e la Struttura pubblica quale responsabile civile nel relativo processo penale, sia nel caso in cui investa esclusivamente l'Assicurato in assenza del responsabile civile. La Garanzia è operante unicamente nel caso in

cui, a fronte di tale sentenza, la Struttura pubblica e/o la sua impresa di assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto agli effetti di legge in manleva dell'Assicurato. Ai fini della presente copertura, l'Assicurazione è operante per le seguenti Richieste di Risarcimento:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso, oppure la formale richiesta di essere risarcito di tali Danni;
- la notifica all'Assicurato della costituzione di parte civile in un procedimento penale.

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

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

Art. 2	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Art. 4	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 4.1)
Art. 5	Dichiarazioni dell'Assicurato
Art. 11	Pagamento del premio
Art. 13	Modalità della proroga automatica dell'Assicurazione
Art. 14	Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio
Art. 15	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Art. 18	Clausola Broker
Art. 21	Clausola Bonus Malus

ASSICURATO/CONTRAENTE