

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18

Art. 1

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO

Con la conclusione del presente contratto di assicurazione l'Assicurato conferma:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare abilitazione o iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel Modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico, alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza inclusa ogni attività professionale esercitata alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza e ogni altra attività professionale esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti della Struttura Sanitaria di Appartenenza;
- 1.3 di non essere a conoscenza, alla Data di Effetto definito in calce, di fatti, notizie, circostanze o situazioni che avrebbero potuto determinare o che abbiano determinato richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso

Art. 2

RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Art. 3

DEFINIZIONI

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

ASSICURATO

Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza.

ASSICURATORI

L'impresa di Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza.

**BROKER/AGENTE DI
ASSICURAZIONI**

La ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Polizza.

**CORRISPONDENTE /
COVERHOLDER**

Il soggetto – persona fisica o giuridica indicata nella Scheda di Polizza.

EVENTO DANNOSO

Il ricevimento da parte dell'Assicurato di un invito a dedurre o di una citazione in giudizio dell'Assicurato dinnanzi alla Corte dei Conti. La Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato di ritenerlo responsabile per colpa grave.

DANNO/DANNI

Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).

DATA DI EFFETTO

La data indicata nelle Scheda di Polizza.

LOSS ADJUSTER

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

MASSIMALE

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

MODULO DI PROPOSTA

Documento compilato e firmato dall'Assicurato che contiene tutti gli elementi necessari per la sottoscrizione del rischio e che fa parte integrante della polizza.

MODULO E SCHEDA DI POLIZZA

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

PERDITE PATRIMONIALI

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

PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'Art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.

PERIODO DI EFFICACIA

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

POLIZZA

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

SINISTRO

La richiesta di risarcimento presentata dall'Assicurato ai termini di polizza in seguito al verificarsi di un Evento Dannoso.

STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA

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

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

L'assicurazione è prestata nella forma “*Claims Made*”, ossia a coprire i Sinistri 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 10 (dieci) giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (*Si vedano gli articoli 10.1 e 18*).

Art. 5**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli **Assicuratori**, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Polizza, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma “*Claims Made*”.

Gli **Assicuratori** si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto, di errore o di omissione, commessi con colpa grave nell'esercizio di tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di esercente la professione sanitaria, che eserciti o abbia esercitato l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza.

Fermo il disposto del paragrafo precedente, l'Assicurazione è operante anche per l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti, a meno che quest'ultima non risulti esclusa nella Scheda di Polizza.

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.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti dall'attività di telemedicina e ricerca clinica.

Art. 6**SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE**

Gli **Assicuratori** rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Polizza ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro, inclusa, laddove previsto dalle leggi vigenti, la quota a carico dell'Assicurato delle spese di conciliazione.

Gli **Assicuratori** assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli **Assicuratori** non riconoscono le spese sostenute 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

Art. 7**NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”**

Il termine “terzo” o “terzi” sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Art. 8**LIMITI TERRITORIALI**

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

Art. 9**ESTENSIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE**

Qualora, alla scadenza del periodo di Assicurazione, l'Assicuratore rifiuti di rinnovare questo contratto, le prestazioni assicurative vengono estese ai Sinistri, come definiti nel testo di polizza, notificati agli **Assicuratori** durante un Periodo di Osservazione di 12 (dodici) mesi dalla data di scadenza del contratto, a condizione che i suddetti Sinistri facciano riferimento ad Eventi Dannosi derivanti da errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Validità del contratto.

Ai fini di questo articolo è inteso che, l'offerta dell'Assicuratore di far proseguire l'assicurazione a condizioni diverse da quelle in scadenza, non costituisce un rifiuto a rinnovare il contratto.

Alla scadenza dei 12 (dodici) mesi, il Periodo di Osservazione sopra indicato può essere esteso di 24 (ventiquattro) mesi alle medesime condizioni contrattuali, previo pagamento di un premio addizionale pari al 50% dell'ultimo premio annuale. Al fine di attivare l'estensione del periodo di osservazione, è necessario che l'Assicurato invii richiesta scritta agli **Assicuratori** almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del periodo di osservazione di 12 (dodici) mesi.

Secondo quanto previsto dagli Articoli 1892 – 1893 del Codice Civile, l'Assicurato dovrà confermare che, al momento della sottoscrizione della richiesta scritta di cui al paragrafo precedente, questi non abbia ricevuto alcuna comunicazione, richiesta o notifica che possano costituire un Evento Dannoso così come definito nel testo di polizza.

Il massimale di polizza indicato nella Scheda di Polizza sarà l'ammontare massimo aggregato che gli **Assicuratori** saranno tenuti a pagare per tutti i Sinistri notificati durante il suddetto periodo di osservazione di 36 (trentasei) mesi.

Nel caso in cui l'Assicurato stipuli altra polizza assicurativa non sarà previsto alcun periodo di osservazione, qualora gli **Assicuratori** decidano o meno di rinnovare questo contratto.

Art. 10**ESCLUSIONI**

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

- a. i Sinistri che siano denunciati agli **Assicuratori** in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 (dieci) giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- b. i Sinistri derivanti da fatti, notizie, circostanze o situazioni note all'Assicurato alla Data di Effetto, indicata nella Scheda di Polizza.
- c. i Sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

10.2 Sono esclusi dall'assicurazione i Sinistri derivanti da:

- a. attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramuraria o di primo soccorso prestato per motivi deontologici;
- b. azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c. attività illecite, non consentite o non riconosciute, dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del verificarsi degli eventi, errori od omissioni che fanno scaturire il Sinistro;

- d. fatti accaduti o comportamenti 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;
- e. fatti accaduti o comportamenti posti in essere dall'Assicurato al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- f. l'assenza del consenso informato;
- g. pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h. violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i. obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- j. danni alle cose mobili ed immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è veterinario;
- k. perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- l. la proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- m. inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

nonchè i Sinistri

- n. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- o. che abbiano origine o siano connesse con l'impiego di amianto o la presenza di muffe tossiche o l'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato eserciti la professione;
- p. che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale svolta dall'Assicurato, 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-sanitario.
- q. Per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.

Art. 11

RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli **Assicuratori** rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Art. 12**ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI**

In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suo eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.

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

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

Art. 13**VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO**

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

Art. 14**PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24:00 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, ferma restando la Data di Effetto dell'assicurazione (articolo 3).

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 quindicesimo 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. 15**ONERI FISCALI**

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

Art. 16**CESSAZIONE DEL CONTRATTO**

Ove nella Scheda di Polizza sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Polizza, Il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

CLAUSOLA DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto s'intende automaticamente prorogato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 (dodici) mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 14.

La proroga è però condizionata al fatto che l'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta presentata agli **Assicuratori** insieme alla richiesta di emissione non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli **Assicuratori** e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora l'assunto di cui sopra non dovesse corrispondere a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli **Assicuratori** entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza e gli **Assicuratori** avranno diritto di confermare la proroga oppure di annullarla con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato i termini di rinnovo del contratto. L'assunto di cui sopra 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 vedano gli articoli 1 e 2).*

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 con comunicazione scritta che dev'essere inviata all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 19 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Art. 17

COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Polizza e ferme le franchigie ove applicabili.

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

Art. 18

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli **Assicuratori** di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta agli **Assicuratori**

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

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

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 9.1).*

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli **Assicuratori**, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

In caso di sinistro, nei casi previsti dal CCNL di riferimento, l'Assicurato ha l'obbligo di richiedere al proprio Ente di appartenenza l'attivazione del patrocinio legale obbligatorio. Il tutto fatta salva l'operatività di polizza ed il diritto alle spese di difesa da parte dell'Assicurato stesso.

Art. 19**FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli **Assicuratori** possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli **Assicuratori**, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, 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 12 "ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI".

Art. 20**SURROGAZIONE**

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

Art. 21**FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO**

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

Art. 22**CLAUSOLA BROKER**

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

Gli **Assicuratori** hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Polizza l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker o dall'Assicuratore sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker o dall'Assicuratore al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 18 che resta invariato e confermato.

Gli **Assicuratori** accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker

Art. 23**NORME DI LEGGE**

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

**CIASCUNO DEGLI ARTICOLI CHE SEGUE È OPERANTE SOLTANTO SE ESPRESSAMENTE
RICHIAMATO NELLA SCHEDA DI POLIZZA**

Art. 24

CONCLUSIONE E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurando sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Proposta (articolo 1 e 2).

Le parti concordano che le attività di:

1. Registrazione dei propri dati personali;
2. Elaborazione dell'indicazione di premio;
3. Accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di premio ed al sistema di preventivazione online.

costituiscono invito a stipulare il contratto di Assicurazione rivolto dall'Assicurando agli **Assicuratori**. Il contratto di Assicurazione si intende concluso nel momento della ricezione da parte dell'Assicurando della conferma di copertura scritta da parte degli **Assicuratori**.

Il primo Periodo di Assicurazione decorre dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il premio risulta corrisposto entro i 5 giorni lavorativi successivi alla ricezione della conferma di copertura scritta inviata dagli **Assicuratori** e termina alle ore 24:

- a. del giorno 15 del mese corrispondente al Mese di Riferimento dell'anno successivo, per le Polizze la cui data di decorrenza del primo Periodo di Assicurazione è compresa tra il giorno 1 (uno) ed il giorno 15 (quindici) del Mese di Riferimento;
- b. dell'ultimo giorno del mese corrispondente al Mese di Riferimento dell'anno successivo, per le Polizze la cui data di decorrenza del primo Periodo di Assicurazione è compresa tra il giorno 16 (sedici) e l'ultimo giorno del Mese di Riferimento.

Tuttavia, se il Premio risulta corrisposto successivamente ai 5 giorni lavorativi successivi alla ricezione della conferma di copertura scritta inviata dagli **Assicuratori**, l'Assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 25

RECESSO PER RIPENSAMENTO

Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli **Assicuratori**, per il tramite del Broker. Il termine che precede decorre dal giorno dalla ricezione, da parte del Contraente, della Scheda di Polizza.

Qualora il Contraente eserciti il diritto di recesso per ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del Premio versato (incluse le imposte).

Art. 26

CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web del Broker deve pervenire agli **Assicuratori** entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti 1), 2), 3) dell'Articolo 24.

La mancata ricezione da parte degli **Assicuratori** del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione di Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione dalla data di decorrenza della polizza:

- A. Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta di cui ai punti 1), 2) e 3) dell'Articolo 24.
- B. Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta
- C. Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta
- D. Assenza di domande inevase
- E. Dichiarazione dell'Assicurato di NON essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze.

In caso di risoluzione dell'Assicurazione il proponente ha diritto esclusivamente alla ripetizione del premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Art. 27

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. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli **Assicuratori** pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 28

CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione del presente Polizza l'Assicurato conferisce al Broker o Agente di Assicurazioni indicato nella Scheda di Polizza il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli **Assicuratori** hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Polizza l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker o Agente di Assicurazioni al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 17 che resta invariato e confermato.

Gli **Assicuratori** accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker o Corrispondente.

Art. 29

GARANZIA RC AMMINISTRATIVA

Si prende nota che diversamente da quanto stabilito dai termini, le esclusioni, le disposizioni e le condizioni nella polizza o nelle modifiche successive, questa assicurazione e'estesa alla copertura dei sinistri come definiti all'Articolo 3 derivanti dalla Responsabilita' Amministrativa dell'Assicurato.

Le seguenti modifiche si applicano al testo di polizza:

- a. Una definizione addizionale e' inclusa all'Articolo 3:

“Responsabilita' Amministrativa” la responsabilita' 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.

- b. L'esclusione 10.2.p) e'da considerarsi eliminata.

Fermo ed invariato il resto.

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEL RISCHIO CYBER

(Questa appendice prevale su qualsiasi altra disposizione prevista dal presente contratto di Assicurazione.)

- 1) Il presente contratto esclude qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo, spesa, multa, sanzione, costo di mitigazione o qualsiasi altro importo direttamente causato, derivante o risultante da:
 - a) Un **Attacco Cyber**;
 - b) Indisponibilità parziale o totale o guasto di qualsiasi **Sistema Informatico**;
a condizione che il **Sistema Informatico** sia di proprietà o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato; o
 - c) la ricezione o la trasmissione di malware, codici dannosi o simili da parte dell'Assicurato o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.
 - d) qualsiasi guasto o interruzione del servizio fornito:
 - i. all'Assicurato o qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato da un fornitore di servizi Internet, un fornitore di telecomunicazioni o un fornitore di servizi cloud, ad eccezione dell'hosting di hardware e software di proprietà dell'assicurato;
 - ii. da qualsiasi fornitore di servizi, limitatamente al caso in cui tale mancanza di interruzione del servizio abbia un impatto su un **Sistema Informatico** posseduto o controllato dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato.
- 2) Qualunque copertura per i costi di ricostituzione o recupero di documenti persi, inaccessibili o danneggiati in possesso o controllo dell'Assicurato o di qualsiasi altra parte che agisca per conto dell'Assicurato in questo contratto, non si applicherà in caso di perdita, inaccessibilità o danneggiamento di **Dati** se conseguenza diretta o indiretta di un **Attacco Cyber**.

Ai fini della presente appendice si applicano le seguenti definizioni:

Per Sistema informatico si intende qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontroller compreso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dei suddetti e compreso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati.

Per Attacco Cyber si intende un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali correlati, indipendentemente dal tempo e dal luogo, o dalla loro minaccia o presunta minaccia, che comportino l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo o il funzionamento di qualsiasi **Sistema Informatico**.

Per **Dati** si intendono informazioni, fatti, concetti, codici o qualsiasi altro tipo di informazioni che vengono registrati o trasmessi in una forma che consenta l'utilizzo, l'accesso, l'elaborazione, la trasmissione o l'archiviazione da un sistema informatico.

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

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

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire i Sinistri fatti per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione.
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa polizza:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 10	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 10.1)
Articolo 16	Cessazione del Contratto – Clausola della Proroga automatica dell'Assicurazione
Articolo 17	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 18	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
Articolo 19	Facoltà di recesso in caso di Sinistro
Articolo 22	Clausola Broker

L'ASSICURATO/CONTRAENTE