

ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18

Articolo 1 DICHIARAZIONI 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 e prevalentemente alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica indicata nell'annessa Scheda di Copertura);
- 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,

Articolo 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.

Articolo 3 DEFINIZIONI

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

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Assicurato	Il soggetto specificato nella Scheda di Copertura al quale sono demandate mansioni medico-sanitarie prevalentemente alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Copertura.
Il Coverholder dei Lloyd's	Furness Underwriting Ltd

Struttura Sanitaria Pubblica	l'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale.
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 Copertura
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati in uno stesso Periodo di Assicurazione, ed indipendentemente del numero di Sinistri dichiarati.
Modulo 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.
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.
Periodo di Efficacia	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione
Sinistro	la richiesta di risarcimento presentata dall'Assicurato ai termini di polizza in seguito al verificarsi di un Evento Dannoso
Evento Dannoso	il ricevimento da parte dell'Assicurato di un invito a dedurre o di una citazione in giudizio dell'Assicurato dinanzi alla Corte dei Conti
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri rientranti in questa assicurazione.
Polizza	il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti, annessi a questa polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.

Articolo 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 giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18).

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 4 precedente e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare all'Erario a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico e prevalentemente alle dipendenze alle della struttura sanitaria pubblica indicata nel Modulo di Proposta, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti in quel momento, nonché la responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Articolo 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro.

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

Gli Assicuratori non riconoscono le spese 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.

Articolo 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 e 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.

Articolo 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 e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Sinistri 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.

Articolo 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 o 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 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 trenta giorni prima della scadenza del periodo di osservazione di 12 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 Copertura 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 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.

Articolo 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 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 Copertura.
- c. i Sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

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 o 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 e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- j) 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 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.

Articolo 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.

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

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa,

l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale Periodo di Assicurazione. Inoltre, con effetto dalla stessa data di scadenza, alle stesse condizioni e per la durata di 2 (due) anni, senza nessun premio aggiuntivo, entra automaticamente in vigore un periodo di garanzia postuma durante il quale l'Assicurato può denunciare agli Assicuratori Sinistri derivanti da eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il Periodo di Efficacia. Gli Assicuratori risponderanno fino a concorrenza del Massimale convenuto, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti all'intera durata di due anni, terminati i quali l'assicurazione cessa definitivamente.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10 e 18).

In caso di morte o incapacità dell'Assicurato, le attività professionali conseguite fino a quel momento rimangono coperte di garanzia a favore degli eredi o successori o tutori, ed alle condizioni tutte di polizza fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione in corso. Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche a protezione dei suoi eredi o successori o tutori purché essi rispettino le condizioni applicabili.

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

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

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

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO

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

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo, 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 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 CESSAZIONE DEL CONTRATTO

Ove nella Scheda di Copertura 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 Copertura, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

CLAUSOLA DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

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

La proroga è però condizionata al 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).

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

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 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.

Articolo 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta di ciascun Evento Dannoso entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta al Loss Adjuster.

Si precisa che l'obbligo di denuncia riguarda esclusivamente gli Eventi Dannosi, ossia quando l'Assicurato abbia ricevuto in forma scritta l'invito a dedurre o la citazione in giudizio da parte della Corte dei Conti. Pertanto, a titolo esemplificativo e non esaustivo, l'eventuale inchiesta o procedura giudiziale (civile o penale) promosse contro l'Assicurato **NON** sono considerate Eventi Dannosi e l'Assicurato non ha l'obbligo di denunciarne l'esistenza agli Assicuratori.

Tale denuncia di cui al primo comma sopra deve contenere la data e la narrazione del fatto che ha dato luogo all'originale richiesta di risarcimento da parte di terzi, 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 all'Evento Dannoso, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Ferma ed invariata la definizione di Sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un Evento Dannoso 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 10.1).*

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

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

Articolo 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.

Articolo 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.

Articolo 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 dal Rappresentante Generale dei Lloyd's per l'Italia.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER

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

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

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

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

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker/Agente di Assicurazioni.

Articolo 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.

APPENDICE A

ESTENSIONE PER L'INCLUSIONE DELLA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA

Si prende nota che diversamente da quanto stabilito dai termini, le esclusioni, le disposizioni e le condizioni nella polizza o nelle modifiche successive, e soggetto al pagamento da parte dell'Assicurato del premio addizionale concordato, 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, piú in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.

b. L'Articolo 5 si intende sostituito dal seguente:

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma “*claims made*” enunciata all'articolo 4 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato che esercita l'attività professionale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e prevalentemente alle dipendenze di una struttura sanitaria pubblica, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti, nonchè la responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

c. L'esclusione 10.2 p) e' da considerarsi eliminata.

Fermo ed invariato il resto.

CLAUSOLA EUROPEA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Salvo che diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente Contratto d'Assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori dei Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente Contratto d'Assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

RECLAMI

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.
Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Italiano di Lloyd's
All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax n. 02 63788850
E-mail servizioclienti@loyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.
Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; complaint.info@financial-ombudsman.org.uk.

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

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	Modalità della proroga automatica – Rescindibilità annuale
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