POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEL MEDICO DIPENDENTE DI STRUTTURA SANITARIA O SOCIOSANITARIA PUBBLICA O PRIVATA E DEL MEDICO SPECIALIZZANDO - COLPA GRAVE

Prodotto

Responsabilità Civile Professionale del Medico per Colpa Grave

Edizione 06/2026

Condizioni di assicurazione (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico ANIA per "Contratti semplici e chiari")

LLOYD'S

INDICE

Avvertenze	p.	4
Glossario	p.	4
Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	p.	10
Art. 1.2 – Altre assicurazioni - secondo rischio	p.	10
Art. 1.3 – Efficacia della garanzia, periodicità e mezzi di pagamento del premio	p.	10
Art. 1.4 – Esclusione del tacito rinnovo	p.	10
Art. 1.5 – Variazioni del contratto, comunicazioni, oneri fiscali	p.	10
Art. 1.6 – Variazione del rischio (aggravamento o diminuzione del rischio)	p.	11
Art. 1.7 – Clausola "Claims Made" – retroattività	p.	11
Art. 1.8 – Cessazione dell'assicurazione prima della scadenza	p.	11
Art. 1.9 – Ambito territoriale	p.	11
Art. 1.10 – Surrogazione e rivalsa	p.	11
Art. 1.11 – Richieste di risarcimento fraudolente - clausola risolutiva espressa	p.	12
Art. 1.12 – Richieste di risarcimento collegate	p.	12
Art. 1.13 – Responsabilità solidale dell'assicurato	p.	12
Art. 1.14 – Regolamentazione sulla facoltà di recesso dell'Assicuratore o dell'Assicurato	p.	12
Art. 1.15 – Gestione della polizza	p.	12
Art. 1.16 – Legge applicabile - giurisdizione - elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari	p.	13
Art. 1.17 – Rinvio alle norme di legge	p.	13
Art. 1.18 – Foro competente	p.	13
Art. 1.19 – Diritto di Ripensamento	p.	13
Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione, forma e validità temporale	p.	14
Art. 2.2 – Condizione di operatività dell'assicurazione	p.	14
Art. 2.3 – Precisazioni sui rischi coperti	p.	14
Art. 2.4 – Condanna in solido con la Struttura e al pagamento di provvisionale in sede penale	p.	16
Art. 2.5 – Responsabilità organizzativa, dirigenziale, aziendale e direzione sanitaria	p.	16
Art. 2.6 – Funzioni pubbliche e giudiziali	p.	16
Art. 2.7 – Ultrattività – Prosecuzione della copertura a seguito della cessazione dell'attività professionale – Premio aggiuntivo	p.	17
Art. 2.8 – Estensione copertura continua	p.	17
Art. 2.9 – Esclusioni valide per tutte le Garanzie	p.	18
Art. 2.10 – Rischi esclusi dalla copertura assicurativa	p.	18
Art. 3.1 – Obblighi dell'assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza	p.	20
Art. 3.1.1 – Comunicazione tempestiva all'Assicuratore	p.	20
Art. 3.1.2 – Obblighi di cooperazione e comportamento dell'Assicurato	p.	20
Art. 3.2 – Gestione delle Richieste di Risarcimento	p.	21
Art. 3.3 – Spese Legali e Peritali	p.	21
Art. 3.3.1 – Spese di difesa e peritali sostenute dall'Assicurato	p.	21

Art. 3.3.2 – Ripartizione delle Spese p. 21
Art. 3.3.3 – Franchigia / Scoperto p. 21
Art. 3.3.4 – Ulteriori disposizioni sul Rimborso di Costi e Spese p. 21
Art. 3.4 – Coesistenza di altre Assicurazioni p. 22
Art. 3.5 – Pagamento dell'Indennizzo p. 22

LLOYD'S

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE PER COLPA GRAVE DEL MEDICO ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA

AVVERTENZE

La presente Assicurazione opera con la formula:
"**Claims Made":** L'Assicurazione è destinata al medico persona fisica che esercita attività professionale, in qualità di dipendente o specializzando di Struttura Sanitaria o Sociosanitaria Pubblica o Privata, regolarmente iscritto all'Albo Professionale del competente Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'Attività Assicurata, svolta nel rispetto delle disposizioni di legge che la disciplinano. L'Assicuratore si impegna a tenere indenne l'Assicurato rispetto alle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta da Terzi e regolarmente denunciate durante il Periodo di Assicurazione, e/o durante il periodo di Ultrattività, anche se riferite ad eventi pregressi, purché accaduti successivamente alla data inizio della Retroattività indicata nella Scheda di Polizza.
Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle assicurazioni, si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle frasi evidenziate in grigio le quali si riferiscono a decadenze, nullità, limitazioni di garanzia, ovvero oneri a carico dell'Assicurato.
Nell'ambito della presente polizza, i termini elencati di seguito (sia al singolare che al plurale) assumono il significato specificato. Ogni riferimento a normative o regolamenti si intende esteso a tutte le eventuali modifiche e/o integrazioni future.
All Risks": La copertura si estende a qualsiasi Richiesta di Risarcimento derivante dall'esercizio dell'Attività Professionale svolta dall'Assicurato, nel rispetto delle attività consentite dalle normative vigenti, nonché a tutte le attività ad esse collegate o compatibili. Restano valide e vincolanti le esclusioni espressamente previste dalle condizioni della polizza.

GLOSSARIO

Arbitro Assicurativo:
Meccanismo di risoluzione stragiudiziale delle controversie, previsto dall'articolo 141, comma 7, del Codice del Consumo e dall'articolo 187.1 del Codice delle Assicurazioni, istituito presso l'IVASS e regolato dal Decreto n. 215/2024.

Assicurato:
Il Medico, persona fisica, esercente l'attività professionale indicata nella Scheda di Polizza, regolarmente iscritto al relativo Albo professionale, qualora previsto dalla normativa vigente, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore:
Lloyd's Insurance Company S.A.

Assicurazione:
Le condizioni di assicurazione ed eventuali relative appendici, la Scheda di Polizza e il Questionario/Modulo di Proposta.

Attività Assicurata:
L'attività professionale Medica retribuita svolta dall'Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Sociosanitaria pubblica o privata, indicata in Scheda di Polizza.

Attività Intramoenia:
Le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, anche allargata e l'erogazione di servizi fuori sede, svolti in nome e per conto della Struttura.

Circostanza di sinistro

- qualsiasi atto, omissione o evento legato all'Attività Professionale di cui l'Assicurato sia a conoscenza e che possa ragionevolmente dare origine a una Richiesta di Risarcimento;
- ogni critica o contestazione scritta ricevuta dall'Assicurato relativa all'Attività Professionale che possa verosimilmente comportare una Richiesta di Risarcimento;
- la comunicazione con la quale la Struttura e/o l'Impresa di Assicurazione della stessa manifesta all'Assicurato l'intenzione di volersi rivalere nei suoi confronti ritenendolo responsabile a titolo di colpa grave per danni causati a terzi che non siano già stati oggetto di risarcimento.

Non rientrano invece in questa definizione:

- le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura ai sensi dell'art.13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, salvo che dalla Struttura pubblica sia stata inviata segnalazione alla Corte dei conti in ordine ad una eventuale responsabilità dell'Assicurato per danni erariali;
- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra definito.

Claims Made
Regime di efficacia temporale della copertura in base al quale l'Assicurazione riguarda esclusivamente le Richieste di Risarcimento che pervengono per la prima volta all'Assicurato (ovvero, in caso di azione diretta, all'Assicuratore) nel corso del Periodo di Assicurazione e/o del Periodo di Ultrattività, anche se relative a eventi anteriori, a condizione che tali eventi siano avvenuti dopo la Data di inizio Retroattività indicata nella Scheda di Polizza.

Contraente:
Il soggetto indicato nella Scheda di Polizza che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del premio anche se diverso dall'assicurato.

Corrispondente:
L'intermediario assicurativo indicato nella Scheda di Polizza, al quale il Coverholder di Lloyd's Insurance Company S.A. ha conferito mandato per ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla polizza.

Coverholder Lloyd's Insurance Company S.A.:
L'intermediario assicurativo indicato nella Scheda di Polizza, autorizzato dall'Assicuratore per:

- la stipulazione della presente Assicurazione;
- ricevere e trasmettere comunicazioni inerenti alla polizza;
- incassare i premi assicurativi.

Danno/Danni:
Le conseguenze dannose riconducibili al fatto illecito per il quale l'assicurazione è prestata. In tale ambito sono compresi:

- i **Danni patrimoniali**, derivanti da lesioni personali o morte, nonché il pregiudizio economico conseguente al danneggiamento di cose;
- i **Danni non patrimoniali**, derivanti da lesioni personali o morte.

Data di Retroattività:
La data, antecedente la stipula dell'Assicurazione, indicata eventualmente nella Scheda di Polizza, a partire dalla quale sono coperti gli errori o omissioni commessi dall'Assicurato.

Dispositivo medico:
Qualsiasi strumento, apparecchiatura, impianto o sostanza, ad esclusione dei software, utilizzato singolarmente oppure in associazione con altri dispositivi medici o con medicinali, destinato a svolgere funzioni di prevenzione, diagnosi, monitoraggio, trattamento o attenuazione di una patologia, nonché a compensare una lesione o una disabilità, ovvero a sostituire o alterare l'anatomia o un processo.

Fatti Noti:
Sono considerati tali gli atti che, in qualunque modo, siano stati portati a conoscenza dell'Assicurato e che possano in futuro determinare (o abbiano già determinato, anche solo parzialmente) Richieste di Risarcimento nei suoi confronti, e in relazione ai quali l'Assicuratore, ove avesse conosciuto l'effettivo stato delle cose, non avrebbe prestato il proprio consenso alla sottoscrizione della presente Polizza.
Non rientrano tra i Fatti Noti:

- le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura ai sensi dell'art.13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, salvo che dalla Struttura pubblica sia stata inviata segnalazione alla Corte dei conti in ordine ad una eventuale responsabilità dell'Assicurato per danni erariali;
- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra definito.

Fecondazione Assistita:
L'insieme delle metodiche mediche che permettono l'inserimento nell'utero di uno o più embrioni, nonché delle procedure preliminari e funzionali al medesimo impianto.

Franchigia:
L'importo specificato nella scheda di polizza che per ciascun sinistro rimane a carico dell'Assicurato in caso di indennizzo previsto dalla Assicurazione.

Indennizzo:
L'importo che l'Assicuratore è obbligato a pagare all'Assicurato a seguito di una **Richiesta di Risarcimento**, come stabilito dall'Assicurazione.

Intermediario:
L'intermediario assicurativo nominato nella Scheda di Polizza che rappresenta il Contraente nell'ambito dell'Assicurazione.

Massimale per periodo di Assicurazione:
L'importo massimo assicurato, indicato nella Scheda di Polizza, che l'Assicuratore è tenuto a corrispondere ai danneggiati, a titolo di capitale, interessi e spese, con riferimento all'insieme di tutti i Sinistri — inclusa l'eventuale Serie di Sinistri — imputabili al medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente dal numero delle Richieste di Risarcimento connesse a eventi, errori o omissioni verificatisi o commessi successivamente alla Data inizio Retroattività, nonché a prescindere dal numero dei soggetti danneggiati.

Massimale per Sinistro:
L'importo massimo assicurato, indicato nella Scheda di Polizza, che l'Assicuratore è tenuto a corrispondere ai danneggiati, a titolo di capitale, interessi e spese, con riferimento a ciascun singolo Sinistro.

Medico dipendente:
Il medico che svolge attività professionale all'interno di una Struttura Sanitaria pubblica e/o privata, o comunque nell'interesse e per conto della stessa, in forza di un rapporto di lavoro subordinato.
È equiparato al Medico Dipendente anche il medico che, pur non essendo formalmente legato alla Struttura da un rapporto di lavoro subordinato, sia dalla medesima incaricato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nelle obbligazioni assunte dalla Struttura verso i pazienti e operi in regime di lavoro autonomo presso e/o per conto della stessa, a condizione che non abbia instaurato un autonomo e diretto rapporto contrattuale con il paziente.

Medico in formazione specialistica:
Il sanitario in formazione specialistica che frequenta regolarmente il percorso di formazione post-laurea presso un ospedale universitario (sia esso pubblico o privato). Per rientrare in questa categoria, il medico non deve essere già in possesso di un altro titolo di specializzazione e non deve aver sottoscritto un contratto di lavoro con una struttura sanitaria ai sensi della normativa prevista dalla L. 145/2018, come modificata dal D.L. 35/2019, convertito con L. 60/2019.

Perdite Patrimoniali:
Il danno di natura economica che non derivi, né direttamente né indirettamente, da lesioni personali, morte o danneggiamento di cose.

Periodo di Assicurazione:
Il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di scadenza indicate nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'Art. 1901 del Codice civile e, in caso di rinnovo, ciascun ulteriore periodo compreso tra la decorrenza e la scadenza riportate nelle quietanze successive, restando fermi gli effetti sospensivi della copertura in caso di mancato pagamento del Premio.

Periodo di Efficacia:
Il periodo di validità della polizza come specificato nella Scheda di Polizza, comprensivo del periodo di retroattività e di ultrattività, ove operanti.

Periodo di Ultrattività:
Il lasso temporale della durata di 10 anni decorrente dalla data di scadenza del Periodo di Assicurazione, nel corso del quale rientrano in garanzia le richieste di risarcimento ricevute dagli Assicurati che hanno cessato la propria Attività Assicurata durante il Periodo di Assicurazione.

Polizza:
Il documento contrattuale che costituisce la prova del contratto di assicurazione.

Premio:
L'importo dovuto dall'Assicurato all'Assicuratore come corrispettivo per la copertura assicurativa, indicato in Polizza.

Professionista abilitato all'esercizio di una professione sanitaria:
Il professionista che, sulla base di un titolo abilitante, svolge attività, nell'ambito delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, nonché di ricerca scientifica, formazione e ogni ulteriore attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.

Questionario/Modulo di Proposta:
Un documento compilato e sottoscritto dall'Assicurato prima della stipula della Polizza, che costituisce parte integrante ed essenziale del contratto. Tale documento fornisce informazioni rilevanti per la valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore e funge da base per il suo consenso alla stipulazione della presente Assicurazione.

Richiesta di Risarcimento:
Ai fini della presente Polizza, per Richiesta di Risarcimento si intende il primo dei seguenti eventi di cui l'Assicurato (o, in caso di azione diretta, l'Assicuratore) venga a conoscenza:
a. l'esperimento di un'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o di surroga da parte della Struttura o dell'Impresa di Assicurazione dalla Struttura, nei casi previsti dalla Legge;
b. il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, la sentenza di condanna per colpa grave;
c. la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Assicurato per colpa grave;
d. la comunicazione formale con la quale la Struttura o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave e di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave;
e. il ricevimento di una richiesta scritta da parte della Struttura, in cui l'Assicurato è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato.
Non sono considerate Richieste di Risarcimento la comunicazione trasmessa all'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Sociosanitaria, pubblica o privata, ai sensi dell'articolo 13 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, relativa all'instaurazione di un procedimento giudiziario promosso dal soggetto danneggiato nei confronti della Struttura medesima e quella inviata all'Assicurato dalla Struttura, pubblica o privata, ai sensi del medesimo articolo 13 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, concernente l'avvio di trattative stragiudiziali con il soggetto danneggiato.
Esclusivamente in relazione agli interventi di primo soccorso prestati per obbligo deontologico o per finalità solidaristiche, alle funzioni pubbliche e giudiziali, alla condanna in solido con la Struttura e al pagamento di provvisionale in sede penale, saranno considerate Richiesta di Risarcimento anche le seguenti evenienze:

- la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo civilmente responsabile di Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da fatti colposi, errori od omissioni accaduti, commessi o attribuiti all'Assicurato, oppure gli fa formale Richiesta di Risarcimento di tali Danni o Perdite Patrimoniali come conseguenza dell'Attività Esercitata;

- l'azione giudiziaria civile promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa Assicurazione;
- la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un Procedimento Penale, un terzo si sia costituito "Parte Civile".

Scheda di Polizza:
Un documento allegato alle condizioni di assicurazione che ne costituisce parte integrante.
Contiene informazioni essenziali relative all'Assicurazione, come i dettagli del Massimale, della Franchigia/Scoperto e del Premio.

Sinistro:
Una o più **Richieste di Risarcimento** o circostanza derivanti dal medesimo evento dannoso, purché la prima sia stata ricevuta dall'Assicurato in forma scritta, per la prima volta, durante il **Periodo di Assicurazione** oppure nel **Periodo di Ultrattività**.

Sinistri in serie:
L'insieme di più **Richieste di Risarcimento** ricevute dall'Assicurato a seguito di una pluralità di eventi riconducibili al medesimo atto, errore o omissione, oppure conseguenti a più atti, errori o omissioni riconducibili a un'unica causa; nella formula **Claims Made** tali circostanze costituiscono tanti **Sinistri** quanti sono, rispettivamente, gli eventi (nel primo caso) ovvero gli atti, errori o omissioni (nel secondo caso). La data e il **Periodo di Assicurazione** del primo Sinistro si intendono validi anche per tutti i Sinistri successivi.

Sottolimite di Indennizzo:
L'importo massimo, compreso nel Massimale indicato nella Scheda di Polizza e non aggiuntivo rispetto ad esso, che la Società è tenuta a corrispondere ai danneggiati, a titolo di capitale, interessi e spese, per ciascun Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri — inclusa l'eventuale Serie di Sinistri — riferibili al medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente dal numero delle Richieste di Risarcimento e dal numero dei soggetti danneggiati.

Struttura:
Il soggetto, pubblico o privato, assoggettato al diritto italiano che, a qualunque titolo, fornisce a favore di terzi prestazioni sanitarie o sociosanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, nonché prestazioni sociosanitarie.

Terzo o terzi:
Il termine "terzo" o "terzi" indica qualunque soggetto diverso dall'Assicurato, con esclusione del coniuge, convivente more uxorio, genitori, figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine convivente con l'Assicurato.

Vendita a distanza:
Qualsiasi modalità di collocamento che consenta la conclusione di contratti assicurativi senza la presenza fisica e contemporanea dell'intermediario e del Contraente.

LLOYD'S

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze da parte dell'Assicurato in relazione a circostanze rilevanti per la valutazione del rischio coperto dalla Polizza possono comportare:

- La **perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo**;
- L'**annullamento della Polizza**.

Tali effetti sono regolati dagli articoli **1892**, **1893**, **1894** e **1898 del Codice Civile**.
Rivestono particolare rilevanza le informazioni comunicate e le dichiarazioni rese dall'Assicurato all'interno del modulo di Proposta.

1.2 – Altre assicurazioni - secondo rischio

Se l'Assicurato ha altre polizze che coprono, in tutto o in parte, gli stessi rischi previsti dalla presente Assicurazione, quest'ultima opererà a secondo rischio, coprendo solo la parte eccedente e quanto non coperto dalle altre polizze. L'Assicurato non è obbligato a informare l'Assicuratore dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre polizze. Tuttavia, in caso di Richiesta di Risarcimento, è tenuto a denunciarla a tutti gli Assicuratori interessati.

1.3 – Efficacia della garanzia, periodicità e mezzi di pagamento del premio

L'Assicurazione diventa efficace:

- Dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, a condizione che il Premio o la prima rata del Premio siano stati pagati;

In caso contrario, dalle ore 24 del giorno in cui l'Assicuratore riceve il pagamento.
Salvo diversa indicazione nella Scheda di Polizza, il Premio è dovuto con cadenza **annuale**.
L'Assicuratore accetta i seguenti metodi di pagamento:

- Ordini di bonifico;
- Altri sistemi bancari o postali;
- Sistemi di pagamento elettronico, purché il beneficiario sia l'Assicuratore o l'intermediario da esso incaricato.

Se i Premi o le rate successive non vengono pagati, l'Assicurazione sarà sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, come previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile.

1.4 – Esclusione del tacito rinnovo

La Polizza terminerà automaticamente alla data di scadenza naturale indicata nella Scheda di Polizza, senza che sia necessario alcun avviso o notifica preventiva da parte delle parti contraenti. Eventuali rinnovi della Polizza saranno considerati, a tutti gli effetti, come nuovi contratti distinti da quello precedente e da quelli successivi.

1.5 – Variazioni del contratto, comunicazioni, oneri fiscali

Ogni variazione del contratto deve essere formalizzata per iscritto e sottoscritta dal Contraente e dall'Assicuratore e sarà valida solo se il documento che le contiene è debitamente sottoscritto da entrambe le parti. Gli oneri fiscali relativi alla presente Assicurazione sono a carico del Contraente.

1.6 – Variazione del rischio (aggravamento o diminuzione del rischio)
In caso di eventi che aggravino il rischio, l'Assicurato è obbligato a comunicarlo all'Assicuratore per iscritto entro 15 giorni dal loro verificarsi, in conformità all'articolo 1898 del Codice Civile.
Se vi sono mutamenti che riducono il rischio, l'Assicurato può comunicarli all'Assicuratore, che rinuncia al diritto di recesso previsto dall'articolo 1897 del Codice Civile.

Art. 1.7 – Clausola "Claims Made" – retroattività
La presente Assicurazione copre esclusivamente le Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato e regolarmente denunciate all'Assicuratore durante il Periodo di Assicurazione, a condizione che:
(i) esse derivino da errori od omissioni, colposi o gravemente colposi, commessi durante il Periodo di Assicurazione e successivamente alla Data di Retroattività indicata;
(ii) non siano già state denunciate nell'ambito di altre polizze assicurative precedenti.

1.8 – Cessazione dell'assicurazione prima della scadenza
Oltre ai casi di cessazione della copertura assicurativa previsti dalla legge o da altre disposizioni del presente contratto, l'Assicurazione cesserà con effetto immediato e salvo, ove diversamente previsto nei casi di:
(i) sospensione o radiazione dall'Albo/Registro Professionale di riferimento;
(ii) inibizione all'esercizio della professione su ordine dell'Autorità Giudiziaria;
(iii) negazione o ritiro dell'abilitazione all'esercizio della professione;
(iv) Richiesta di Risarcimento fraudolenta, esagerazione o agevolazione dolosa di Danni Patrimoniali da parte dell'Assicurato;
(v) licenziamento per giusta causa.
La copertura rimane valida **esclusivamente** per le Richieste di Risarcimento riconducibili all'Attività svolta dall'Assicurato **prima** della sospensione/radiazione, inibizione, negazione o ritiro dell'abilitazione all'esercizio della professione o del licenziamento per giusta causa. Restano invece **escluse** le Richieste di Risarcimento relative a prestazioni rese **successivamente** a tali eventi. In relazione alle situazioni i, ii, iii, iv e v di cui sopra, l'Assicuratore avrà il diritto di trattenere l'intero Premio, indipendentemente dalla data di cessazione dell'Assicurazione.

1.9 Ambito territoriale
La Polizza copre le Richieste di Risarcimento derivanti da errori od omissioni commessi in qualsiasi parte del mondo, ad eccezione dei seguenti territori:

- Stati Uniti d'America;
- Canada;
- Qualsiasi territorio soggetto alla giurisdizione di Stati Uniti d'America o Canada.

Più precisamente, l'Assicurato deve essere residente o avere il proprio domicilio professionale nel territorio italiano. In ogni caso, la copertura assicurativa è limitata alle **Richieste di Risarcimento** esercitate in Italia: costituisce **condizione imprescindibile** per l'efficacia dell'Assicurazione che le pretese risarcitorie avanzate dai terzi danneggiati, nonché le eventuali azioni giudiziarie o stragiudiziali che ne conseguano, siano promosse esclusivamente in Italia.
Di conseguenza, la **Società non assume alcun obbligo** in relazione a Richieste di Risarcimento avanzate, sia in sede giudiziaria sia extragiudiziaria, **in Stati esteri**, né in esecuzione o in forza di **pronunce giurisdizionali emesse da autorità straniere**.

1.10 Surrogazione e rivalsa

L' Assicuratore è surrogato, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di Danni e Perdite Patrimoniali sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili, inclusa la Struttura di appartenenza. A tal fine il l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. L'Assicurato è, pertanto, tenuto a prestare tutta la collaborazione necessaria per l'esercizio dei diritti di surrogazione.

A tal fine, l'Assicurato è tenuto a mettere a disposizione la documentazione richiesta e a porre in essere gli atti necessari per consentire l'esercizio di tali diritti.

L'Assicurato è responsabile nei confronti dell'Assicuratore del pregiudizio arrecato al suo diritto di **surrogazione.**

1.11 Richieste di risarcimento fraudolente - clausola risolutiva espressa

Se l'Assicurato presenta o provoca dolosamente una Richiesta di Risarcimento falsa o fraudolenta, oppure:

- esagera dolosamente l'entità dei Danni Patrimoniali;
- dichiara fatti non veritieri o presenta documenti falsi;
- occulta prove o agevola intenti fraudolenti di terzi,

perderà il diritto a ogni Indennizzo e la presente Assicurazione si risolverà automaticamente. L'Assicuratore manterrà il diritto alla rivalsa per gli Indennizzi già pagati e al risarcimento dei danni subiti.

1.12 Richieste di risarcimento collegate

Qualora più Richieste di Risarcimento siano riconducibili a uno stesso errore o omissione, oppure a una serie di errori od omissioni continuati o correlati, esse saranno considerate come una sola Richiesta di Risarcimento ai fini della presente Assicurazione. Di conseguenza, saranno soggette a un unico Massimale e a un'unica Franchigia/Scoperto.

1.13 Responsabilità solidale dell'assicurato

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, siano essi assicurati o non assicurati, la Polizza coprirà l'intero importo della responsabilità imputabile all'Assicurato.

Tuttavia, l'Assicuratore avrà il diritto di esercitare regresso nei confronti dei co-debitori solidali per recuperare quanto eventualmente corrisposto in eccedenza alla quota di responsabilità effettivamente spettante all'Assicurato.

1.14 Regolamentazione sulla facoltà di recesso dell'Assicuratore o dell'Assicurato

L'Assicuratore rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso dopo ogni Sinistro durante il Periodo di Assicurazione o Periodo di Ultrattività o successivamente al pagamento dell'indennizzo. L'assicuratore potrà al contrario recedere dal contratto in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva, che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno. Nel caso in cui il recesso sia esercitato dall'Assicuratore, quest'ultimo rimborserà all'Assicurato, entro 30 giorni dall'efficacia del recesso, la parte del premio netto relativo al periodo di assicurazione non goduto.

Dopo ogni Circostanza o Richiesta di Risarcimento e fino al **60° giorno** successivo al pagamento o al rifiuto di pagamento dell'Indennizzo l'**Assicurato** potrà recedere dall'Assicurazione con un preavviso scritto di **30 giorni**.

1.15 Gestione della polizza
Con la sottoscrizione della presente Assicurazione, il Contraente delega all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza il mandato per rappresentarlo nella gestione di tutti gli aspetti relativi all'Assicurazione stessa.
L'Assicuratore affida al Coverholder Lloyd's Insurance Company S.A. e al Corrispondente l'incarico di:

- emettere e gestire la Polizza
- ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente Assicurazione.

Le parti concordano che:

- qualsiasi comunicazione effettuata dal Coverholder Lloyd's Insurance Company S.A. al Corrispondente o all'Intermediario si considererà come effettuata direttamente al Contraente;
- qualsiasi comunicazione effettuata dall'Intermediario o dal Corrispondente al Coverholder Lloyd's Insurance Company S.A. sarà considerata come effettuata dal Contraente stesso;
- Ogni comunicazione inviata al Coverholder Lloyd's Insurance Company S.A. sarà ritenuta come inviata direttamente all'Assicuratore;
- Di conseguenza, qualsiasi comunicazione inviata dall'Assicuratore al Coverholder Lloyd's Insurance Company S.A. sarà considerata come inviata al Contraente.

1.16 Legge applicabile - giurisdizione - elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari
Le parti stabiliscono che la presente Assicurazione sarà regolata e interpretata esclusivamente secondo la legge italiana. Qualsiasi controversia che derivi, sia correlata o connessa alla presente Assicurazione sarà di competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria italiana.
Ai fini della notificazione degli atti giudiziari da parte dell'Assicurato all'Assicuratore, quest'ultimo elegge domicilio presso la sede della Rappresentanza Generale di Lloyd's Insurance Company S.A., al seguente indirizzo: Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano.
Tale elezione di domicilio non pregiudica il diritto dell'Assicuratore di eccepire eventuali decadenze o tardività nella notificazione degli atti.

Art. 1.17 Rinvio alle norme di legge
Per quanto non espressamente regolato dalla presente Assicurazione, si applicano le disposizioni di legge e di regolamento italiane in vigore.

Art. 1.18 Foro competente
Salvo diversa pattuizione fra le parti, il Foro competente sarà quello ove ha residenza o sede legale il Contraente/Assicurato.

Art. 1.19 Diritto di ripensamento
In caso di Vendita a Distanza, l'Assicurato può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 (quattordici) giorni decorrenti dalla data di pagamento del Premio. L'esercizio del ripensamento comporta l'annullamento del contratto ab origine e il rimborso al Contraente dell'intero Premio versato, senza alcuna trattenuta. Resta inteso che, in caso di ripensamento, eventuali Sinistri non saranno indennizzati. La volontà di recedere deve essere comunicata per iscritto mediante raccomandata A/R (o altro mezzo legalmente equivalente), indirizzata all'Intermediario incaricato oppure alla Società.

LLOYD'S

SEZIONE II – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RC PROFESSIONALE

2.1 Oggetto dell'assicurazione, forma e validità temporale

L'Assicurazione è destinata alla persona fisica che esercita l'attività professionale, in qualità di Specializzando o Medico, dipendente di Struttura sanitaria o sociosanitaria Pubblica o di Struttura sanitaria o sociosanitaria Privata, o comunque nell'ambito di un rapporto di lavoro **dipendente e subordinato** con la medesima Struttura. La copertura è prestata a condizione che le Richieste di Risarcimento siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni verificatisi o commessi durante il Periodo di Assicurazione, oppure anteriormente, purché entro la Data inizio Retroattività riportata nella Scheda di Polizza. La presente Assicurazione opera con la formula **"Claims Made**", vale a dire che opera con riferimento alle Richieste di Risarcimento che pervengano all'Assicurato (ovvero, in caso di azione diretta, all'Assicuratore) per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione in essere e che siano denunciate all'Assicuratore, con tempestività, dall'Assicurato entro il medesimo Periodo di Assicurazione oppure, al più tardi, nei 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso.
L'Assicuratore copre anche le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro, oltre al Massimale indicato nella Scheda di Polizza, ma entro un limite massimo pari al 25% di tale Massimale. Finché ne ha interesse, l'Assicuratore assume la gestione delle controversie, sia in fase stragiudiziale sia in sede giudiziale, agendo in nome dell'Assicurato. A tal fine può nominare avvocati o consulenti tecnici e avvalersi di tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato. Le spese legali relative a un procedimento penale sono a carico dell'Assicuratore solo se l'Assicurato viene prosciolto o assolto con sentenza definitiva o nei casi previsti dall'art. 129 del Codice di Procedura Penale.
L'Assicuratore, nei limiti del Massimale indicato nella Scheda di Polizza, si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di responsabilità extracontrattuale, nei seguenti casi:
a) Azione di responsabilità amministrativa per danno erariale, promossa nei confronti dell'Assicurato nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente, con esclusione delle azioni riconducibili all'esercizio delle funzioni di Direttore Sanitario, Risk Manager o di altra funzione organizzativa equivalente svolta all'interno di una Struttura;
b) Azione di rivalsa esercitata dalla Struttura Sanitaria Privata;
c) Azione di surrogazione esercitata dall'impresa assicuratrice della Struttura Sanitaria Pubblica o Privata.

La garanzia è operante esclusivamente per i Danni per i quali sia stata accertata la colpa grave dell'Assicurato con sentenza definitiva passata in giudicato ovvero a seguito di transazione previamente autorizzata per iscritto dalla Società.

Art. 2.2 Condizione di operatività dell'assicurazione

La copertura assicurativa fornita dalla presente Assicurazione sarà operativa a condizione che l'Assicurato sia regolarmente iscritto all'Albo professionale o al Registro applicabile e svolga l'Attività Professionale nel pieno rispetto delle normative e dei regolamenti vigenti che disciplinano tale attività.

Art. 2.3 Precisazioni sui rischi coperti

I. La presente Garanzia è rivolta a tutelare l'Assicurato per l'esercizio dell'Attività Assicurata svolta dal Medico Dipendente Pubblico, Privato o Specializzando, tenendolo indenne di ogni somma che questi sia tenuto a pagare in conseguenza di Danni causati a terzi nello svolgimento

dell'Attività Assicurata e che abbiano già formato oggetto di risarcimento da parte della Struttura e/o da parte della sua Impresa di Assicurazione, unicamente nei casi di:

a) azione di responsabilità amministrativa promossa dalla Struttura pubblica nei casi previsti dalla legge, purché l'Assicurato sia stato riconosciuto responsabile, in tutto o in parte, per colpa grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti, oppure sia stata conclusa una transazione previamente autorizzata per iscritto dall'Assicuratore;
b) azione di rivalsa esercitata dalla Struttura privata, nei casi e nei limiti stabiliti dalla legge, oppure qualora sia intervenuta una transazione autorizzata per iscritto dall'Assicuratore;
c) azione di rivalsa promossa dall'Impresa di Assicurazione della Struttura, sia pubblica sia privata, nei casi e nei limiti previsti dalla legge, a condizione che l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, in tutto o in parte, per colpa grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

II. La copertura opera in ogni caso a copertura di:

- Danni e perdite patrimoniali cagionate a terzi per fatti, errori od omissioni nello svolgimento dell'attività professionale;
- tutte le attività professionali dichiarate nel modulo di proposta e svolte presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Private;
- prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria, anche allargata, nell'ambito di rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale;
- danni connessi all'attività di telemedicina e di ricerca clinica;
- perdite patrimoniali conseguenti a trattamento non corretto dei dati personali di terzi, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni. La garanzia è prestata entro il sottolimite di Euro 75.000 (settantacinquemila) per ciascun sinistro, fermo restando il Massimale indicato nella Scheda di Polizza per l'insieme dei sinistri riferibili al medesimo Periodo di Assicurazione;
- danni derivanti da interventi di primo soccorso effettuati in qualità di medico, per obblighi di natura deontologica, in situazioni di emergenza o di soccorso sanitario, al di fuori dell'attività retribuita, indipendentemente dall'accertamento della colpa grave;
- consegna e alla somministrazione diretta e gratuita di farmaci, dei quali l'Assicurato abbia curato la conservazione;
- attività relative all'esecuzione o alla partecipazione dell'Assicurato ad attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, mediante l'impiego di adeguate risorse tecnologiche e organizzative;
- attività formative previste e svolte nell'ambito delle scuole di specializzazione di cui al D.lgs. 368/1999 e s.m.i., nonché ai corsi di formazione specifica in Medicina Generale con esclusione dell'attività formativa relativa alla Medicina Estetica;
- attività professionale precedentemente svolta durante il periodo di formazione specialistica, una volta conseguito il relativo titolo di specializzazione.

III. L'Assicurato ha facoltà di denunciare cautelativamente Circostanze da cui possano derivare Richieste di Risarcimento. Tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante tale Periodo di Assicurazione solo ed esclusivamente, qualora e

nel momento in cui ne dovesse derivare una Richiesta di Risarcimento, come definite in ciascuna Garanzia.

ESTENSIONI DI GARANZIA PREVIO PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Il Contraente ha facoltà di integrare la copertura acquistando una o più delle estensioni di garanzia previste. Tali estensioni saranno operative esclusivamente se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza e previo versamento del relativo premio aggiuntivo.

2.4 Condanna in solido con la Struttura e al pagamento di provvisionale in sede penale
A parziale deroga di quanto previsto al punto 31 dell'Art. 2.10, l'Assicuratore si impegna a manlevare l'Assicurato per le somme che egli sia tenuto a corrispondere a seguito di procedure esecutive (quali decreto ingiuntivo, atto di precetto, pignoramento o espropriazione) promosse direttamente nei suoi confronti in forza di un provvedimento giudiziario (condanna, ordine o ingiunzione) che abbia disposto l'obbligazione solidale della Struttura e/o della sua Compagnia di Assicurazione insieme all'Assicurato verso terzi.
La copertura comprende anche l'ipotesi di condanna al pagamento di una provvisionale in sede penale.
La presente estensione opera esclusivamente qualora la Struttura e/o la sua Compagnia di Assicurazione non abbiano adempiuto al pagamento nei termini previsti e l'azione esecutiva sia stata intrapresa anche nei confronti dell'Assicurato in quanto coobbligato in solido.
Con l'attivazione di tale garanzia, l'Assicurato dichiara di cedere all'Assicuratore tutti i diritti e le azioni vantati nei confronti della Struttura e/o della relativa Impresa di Assicurazione, ai fini del recupero delle somme versate dall'Assicuratore per suo conto in forza della presente estensione.
La garanzia è prestata con un Sottolimite di Indennizzo pari a Euro 250.000,00 per ciascun Sinistro e per ciascun Periodo di Assicurazione.

2.5 Responsabilità organizzativa, dirigenziale, aziendale e direzione sanitaria
A parziale deroga di quanto previsto al punto 4 dell'art. 2.10, la presente garanzia può essere acquistata unicamente dai medici che ricoprono l'incarico di Direttore Sanitario, Risk Manager o altra funzione organizzativa equivalente all'interno di una Struttura.
La copertura è prestata a favore dell'Assicurato, tenendolo indenne dalle somme che sia tenuto a risarcire quale responsabile civile per Perdite Patrimoniali arrecate a terzi nell'esercizio delle funzioni di carattere organizzativo, dirigenziale e aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio delle funzioni di Direttore Sanitario, Responsabile o Direttore di Reparto, Unità o Struttura Semplice o Complessa.
Ai fini della presente garanzia, non rientrano nella qualifica di terzi la Struttura, il suo legale rappresentante e il socio a responsabilità illimitata, salvo nei casi in cui venga esercitata un'azione di responsabilità amministrativa e/o un'azione di surrogazione. La presente estensione è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite di Euro 250.000,00 per ciascun Periodo di Assicurazione.

2.6 Funzioni pubbliche e giudiziali
A parziale deroga di quanto previsto al punto 32 dell'art. 2.10, l'Assicuratore si impegna a manlevare l'Assicurato, entro il limite del Massimale di garanzia, per le somme che questi sia tenuto a corrispondere, quale responsabile civile ai sensi di legge, a titolo di Perdite Patrimoniali involontariamente arrecate a terzi in conseguenza di atti, comportamenti, omissioni o ritardi connessi allo svolgimento delle seguenti attività:

a) redazione di perizie, consulenze e certificazioni;
b) incarichi di Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) conferiti dall'Autorità giudiziaria o di Consulente Tecnico di Parte (CTP);
c) partecipazione, in qualità di componente, a commissioni per l'accertamento o la valutazione dell'invalidità.

La presente estensione è prestata con un Sottolimite di Indennizzo pari a Euro 250.000,00 per ciascun Sinistro e per ciascun Periodo di Assicurazione.

2.7 Ultrattività – Prosecuzione della copertura a seguito della cessazione dell'attività professionale – premio aggiuntivo
Qualora l'Assicurato cessi la propria Attività Professionale durante il Periodo di Assicurazione per sua libera volontà, pensionamento, invalidità o morte, e non per altra ragione imposta (come ad esempio le fattispecie indicate all'articolo 1.8), la validità dell'Assicurazione potrà essere estesa, su richiesta del contraente, per il Periodo di Ultrattività previo pagamento di un importo pari al 500% del Premio dell'ultima annualità di polizza in corso, mantenendo le stesse condizioni previste per la copertura assicurativa al momento della cessazione.
Durante il Periodo di Ultrattività, saranno coperte dalla presente Assicurazione le Richieste di Risarcimento avanzate da Terzi per la prima volta contro l'Assicurato, purché tali richieste derivino da errori od omissioni, anche gravi, commessi dopo la Data di Retroattività convenuta e prima della data di cessazione dell'Attività Professionale. Si precisa che in nessuna circostanza, l'estensione del Periodo di Ultrattività comporterà il superamento del Massimale o del Sottolimite di Indennizzo previsti dalla presente Assicurazione al momento della cessazione dell'Assicurazione. Gli obblighi di pagamento dell'Assicuratore rimarranno vincolati ai limiti massimi indicati nella Polizza stessa.
Per attivare il Periodo di Ultrattività, l'Assicurato, i suoi eredi o i suoi tutori sono tenuti a comunicare la cessazione dell'Attività Professionale all'Assicuratore, direttamente o tramite il Broker, tramite avviso scritto. Tale comunicazione deve essere effettuata in modo tempestivo e, in ogni caso, entro il Periodo di Assicurazione e comunque non oltre trenta (30) giorni dalla data di cessazione dell'attività professionale. La mancata comunicazione entro tale termine comporterà la decadenza del diritto all'Indennizzo.
La garanzia di cui al presente art. 2.7 cessa con effetto immediato ove il Contraente/Assicurato stipuli un nuovo contratto di assicurazione con l'Assicuratore o con diverso assicuratore per la copertura dei medesimi rischi o acquisti una garanzia postuma presso un diverso assicuratore.
Il Periodo di Ultrattività trova applicazione esclusivamente:

- con il pagamento di un **Premio addizionale**;
- e a condizione che siano richiamate nella **Scheda di Polizza**.

Le Richieste di Risarcimento derivanti da errori o omissioni verificatisi dopo la Data di inizio della Retroattività e fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione al termine del quale si attiva la presente estensione, restano garantite, alle medesime condizioni, per un periodo ulteriore di 10 (dieci) anni.
Salvo quanto espressamente derogato, queste estensioni sono disciplinate dai termini e dalle condizioni generali della Polizza.

2.8 Copertura continua
A parziale deroga di quanto previsto al punto 33 dell'art. 2.10, l'Assicuratore si obbliga, nei limiti e alle condizioni della presente Polizza, a manlevare l'Assicurato per le Richieste di Risarcimento presentate per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche qualora esse traggano origine da Circostanze

o Fatti Noti già conosciuti dall'Assicurato prima dell'inizio del Periodo di Assicurazione, purché ricorrano tutte le seguenti condizioni:
a) al momento in cui l'Assicurato è venuto per la prima volta a conoscenza delle Circostanze o dei Fatti Noti da cui deriva la Richiesta di Risarcimento, egli fosse coperto da una polizza assicurativa per il medesimo rischio oggetto della presente Polizza;
b) la polizza in vigore a tale data, nonché le eventuali successive, non consentissero la denuncia di un sinistro in relazione a tali Circostanze o Fatti Noti, così come definiti contrattualmente;
c) l'Assicurato abbia beneficiato, senza interruzioni, di una copertura assicurativa per il medesimo rischio dalla data indicata alla precedente lettera a) fino alla stipula della presente Polizza;
d) le Circostanze o i Fatti Noti siano stati espressamente indicati nella Proposta-Questionario.

La presente estensione di copertura si riferisce solamente a richieste di risarcimento derivanti dalle seguenti fattispecie:

- le comunicazioni notificate all'Assicurato dalla Struttura ai sensi dell'art.13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, salvo che dalla Struttura pubblica sia stata inviata segnalazione alla Corte dei conti in ordine ad una eventuale responsabilità dell'Assicurato per danni erariali;
- la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della Struttura, salvo i casi in cui con la stessa l'Assicurato venga portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto così come sopra definito.

ESCLUSIONI

2.9 Esclusioni valide per tutte le Garanzie

Premesso che l'Assicurazione opera secondo il regime **"Claims Made",** restano escluse dalla copertura assicurativa le seguenti fattispecie:

- Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato prima della data di decorrenza della presente Polizza;
- Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato successivamente alla scadenza del Periodo di Assicurazione ovvero del Periodo di Ultrattività, qualora quest'ultimo sia stato attivato;
- Richieste di Risarcimento pervenute durante il Periodo di Assicurazione ma denunciate all'Assicuratore oltre il termine di 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza dello stesso;
- Richieste di Risarcimento riferite a eventi, errori od omissioni verificatisi o commessi anteriormente alla Data di inizio della Retroattività indicata nella Scheda di Polizza, a prescindere dall'esistenza di precedenti contratti assicurativi stipulati con il presente Assicuratore;

2.10 Rischi esclusi dalla copertura assicurativa

La polizza non copre in ogni caso le Richieste di Risarcimento che derivino da o siano direttamente o indirettamente collegate a:

1. Azioni avanzate o promosse direttamente dal terzo nei confronti dell'Assicurato;
2. Qualsiasi prestazione esercitata privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico della Struttura di cui l'Assicurato è Dipendente, fatta eccezione per l'estensione di garanzia 2.6 **Funzioni Pubbliche e Giudiziali** qualora acquistata;
3. Dolo: Atti intenzionali o dolosi dell'Assicurato;
4. L'esercizio di funzioni di carattere organizzativo, dirigenziale, aziendale e non direttamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma

restando la copertura per la loro attività di carattere medico, salvo sia stata acquistata l'estensione di garanzia 2.5 **Responsabilità organizzativa, dirigenziale, aziendale e direzione sanitaria;**

5. **L'assenza, insufficienza e/o inidoneità del consenso informato acquisito dall'Assicurato;**
6. Violazioni dell'**obbligo del segreto professionale, da calunnia, ingiuria o diffamazione;**
7. **Violazione dei rapporti civilistici con terzi e/o con dipendenti e collaboratori, inclusi, a titolo esemplificativo, qualsiasi forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e fattispecie analoghe;**
8. Comportamenti colposi o fatti dannosi posti in essere da soggetto **non iscritto all'Albo Professionale** o privo dei titoli e abilitazioni richiesti dalla legge per l'esercizio dell'Attività Assicurata;
9. Attività **abusiva, non autorizzata, non riconosciuta o non conforme** alle normative vigenti (inclusa la Risoluzione del Parlamento Europeo del 29/05/1997 sullo "Statuto delle Medicine non Convenzionali" e successive modifiche);
10. Condotte colpose o eventi dannosi verificatisi **dopo la cessazione dell'attività professionale** con cancellazione dall'Albo, oppure dopo **sospensione, radiazione o licenziamento per giusta causa**, e perdurando tali condizioni;
11. L'**asserita mancata realizzazione del risultato atteso** nei trattamenti di medicina o chirurgia estetica;
12. **Inadempimenti contrattuali**, quali la richiesta di **restituzione del compenso professionale** percepito;
13. **Prescrizione o somministrazione di farmaci o sostanze** attive a fini non diagnostici o terapeutici, incluse pratiche mediche di **doping**;
14. Danni a **beni mobili o immobili in consegna, custodia o possesso** dell'Assicurato, a qualunque titolo;
15. **Obblighi fiscali o contributivi**, **sanzioni**, **ammende**, **multe** o **danni punitivi/esemplari** imposti per legge, contratto o provvedimento;
16. **Spese legali o tecniche** sostenute da professionisti **non designati o approvati** dall'Assicuratore;
17. Fatti accaduti o comportamenti posti in essere negli **Stati Uniti d'America, Canada o territori sotto la loro giurisdizione**;
18. Azioni legali in **Paesi diversi dall'Italia** o si basino su **sentenze straniere**;
19. Eventi di **furto, incendio, esplosione o scoppio**;
20. Radiazioni ed esplosioni: Propagazione di energia nucleare, radioattività, o esplosioni atomiche, salvo quelli connessi all'attività coperta;
21. **Proprietà, possesso o utilizzo** di **veicoli o natanti a motore**, anche se funzionali all'Attività Assicurata;
22. Atti compiuti da **medico sostituto** non Assicurato, ai sensi dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i.;
23. Responsabilità sui prodotti: vendita, riparazione, produzione, costruzione, installazione, manutenzione e fornitura di beni e prodotti;
24. Muffe e amianto: Presenza di muffe tossiche o amianto in qualsiasi forma;
25. Guerra e terrorismo: guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare. Qualsiasi atto terroristico, indipendentemente dall'uso della forza, di violenza o minaccia, compiuto da qualsiasi gruppo di persone che agiscono per sé o in connessione con organizzazioni governative e/o politiche ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche e simili, ivi inclusa la finalità di influenzare decisioni governative o indurre timore nella popolazione o parte di essa;
26. Sanzioni internazionali: casi in cui l'adempimento delle obbligazioni di cui alla Polizza possa esporre l'Assicuratore al rischio di qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle

Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizione dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America;

27. Interventi connessi, correlati o conseguenti alla fecondazione assistita;
28. Vizi o difetti che si manifestino dall'utilizzo o dall'impianto del Dispositivo Medico sul paziente;
29. Trattamento di dati personali per scopi commerciali non conforme alle disposizioni di legge applicabili;
30. Qualsiasi attività svolta dall'Assicurato che non sia riconducibile alla regolare frequenza del corso di specializzazione post-laurea presso un Ente Ospedaliero Universitario pubblico o privato;
31. Danni per i quali l'obbligo di manleva è a carico della Struttura, siano essi coperti da apposita polizza assicurativa o da eventuali fondi appositamente costituiti, sia nel caso di mancato adempimento di tale obbligo, sia nel caso di esaurimento dei massimali o delle somme garantite dalle suddette assicurazioni e/o dai predetti fondi, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 2.4;
32. Perdite Patrimoniali involontariamente arrecate a terzi in conseguenza di atti, comportamenti, omissioni o ritardi connessi allo svolgimento delle attività pubbliche e/o giudiziali, salvo sia stata acquistata l'estensione di garanzia 2.6 **Funzioni Pubbliche e Giudiziali**;
33. Richieste di Risarcimento, direttamente o indirettamente, conseguenti a, derivanti da, basate su o attribuibili a qualsiasi Circostanza e/o Fatto Noto notificata o Richiesta di Risarcimento presentata ai sensi di qualsiasi polizza assicurativa in vigore prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione o qualsiasi Circostanza e/o Fatto Noto di cui l'Assicurato, contro cui viene presentata una Richiesta di risarcimento, fosse a conoscenza prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione, salvo che sia stata acquistata l'estensione di garanzia 2.8 **Copertura Continua**;
34. **Inquinamento ambientale** di aria, acqua, suolo o sottosuolo;

SEZIONE III – NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA DEI SINISTRI E LA GESTIONE DELLE VERTENZE

Art. 3.1 Obblighi dell'assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza

Art. 3.1.1 Comunicazione tempestiva all'Assicuratore

Nel caso in cui l'Assicurato venga a conoscenza di una Circostanza o riceva una Richiesta di Risarcimento, è obbligato a comunicarlo per iscritto all' Assicuratore, direttamente o tramite l'Intermediario, in modo tempestivo e, comunque, entro (e non oltre) un massimo di trenta (30) giorni dalla data in cui ne è venuto a conoscenza.

Il mancato rispetto di questo obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, conformemente a quanto stabilito dall'articolo 1915 del Codice Civile.

Durante il Periodo di Assicurazione, escluso il Periodo di Ultrattività, l'Assicurato deve notificare all'Assicuratore qualsiasi Circostanza di cui venga a conoscenza. Se tale notifica avviene regolarmente, eventuali successive Richieste di Risarcimento derivanti da tali Circostanze saranno coperte dalla Polizza, in conformità alle condizioni previste. Dato l'avviso all'Assicuratore nei termini predetti, l'eventuale Richiesta di Risarcimento che ne consegua sarà considerata come se fosse stata presentata e denunciata all'Assicuratore nel Periodo di Assicurazione durante il quale l'avviso è stato dato.

Art. 3.1.2 Obblighi di cooperazione e comportamento dell'Assicurato

L'Assicurato è tenuto a fornire all'Assicuratore tutte le informazioni pertinenti riguardanti la Circostanza o la Richiesta di Risarcimento. Tali informazioni devono essere complete e veritiere, al fine di consentire all'Assicuratore di gestire la situazione in modo adeguato.
Inoltre, l'Assicurato dovrà:

- evitare di compiere atti o dichiarazioni che possano pregiudicare gli interessi dell'Assicuratore;
- non ammettere responsabilità, non stipulare transazioni né sostenere costi o spese, salvo previo consenso scritto da parte dell'Assicuratore.

Qualora l'Assicurato non rispetti le disposizioni di cui sopra, incorrerà nella decadenza dal diritto all'Indennizzo.

Art. 3.2 Gestione delle Richieste di Risarcimento
L'Assicuratore ha la facoltà, ma non l'obbligo, di assumere la gestione delle Richieste di Risarcimento, sia in sede stragiudiziale che giudiziale. In tale ambito, potrà:

- designare legali e/o periti di propria scelta;
- sostenere tutte le relative spese di difesa, fino alla conclusione del grado di giudizio in corso al momento di una eventuale transazione.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze.

Art. 3.3 Spese Legali e Peritali

Art. 3.3.1 Spese di difesa e peritali sostenute dall'Assicurato
L'Assicuratore coprirà le spese legali e peritali ragionevolmente sostenute dall'Assicurato per resistere alle azioni legali promosse dal terzo danneggiato, a condizione che:

- siano state autorizzate preventivamente e per iscritto dall'Assicuratore;
- le spese siano coperte fino a un importo massimo pari a un quarto del Massimale indicato nella Polizza.

L'Assicuratore non riconosce spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da esso designati e/o autorizzati e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

Art. 3.3.2 Ripartizione delle Spese
Se la somma dovuta al danneggiato supera il Massimale previsto dalla Polizza, le spese saranno suddivise proporzionalmente tra Assicuratore e Assicurato, in base al rispettivo interesse, come stabilito dall'articolo 1917 del Codice Civile.

Art. 3.3.3 Franchigia / Scoperto
La Franchigia o lo Scoperto non si applicano alle spese di difesa ragionevolmente sostenute e preventivamente autorizzate dall'Assicuratore.

Art. 3.3.4 Ulteriori disposizioni sul Rimborso di Costi e Spese
Il rimborso delle spese all'Assicurato è soggetto alle seguenti condizioni:

(a) Esclusioni specifiche
Sono escluse dalla copertura:

- spese legali o costi sostenuti in procedimenti amministrativi, inclusi quelli dinanzi **alla Corte dei Conti;**

- qualsiasi compenso, provvigione o corrispettivo dovuto all'Assicurato o ai suoi Collaboratori per assistenza fornita nella gestione della Richiesta di Risarcimento o della Circostanza.

(b) Procedimenti penali per reati dolosi:
Le spese legali relative a procedimenti penali per reati dolosi saranno rimborsate dall'Assicuratore solo in caso di:

- proscioglimento o assoluzione definitiva con la motivazione che "il fatto non sussiste" o "non costituisce reato" e solo se vi sia stata costituzione di parte civile con richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato;
- sono espressamente escluse altre formule di definizione del procedimento penale.

(c) Limiti ai compensi professionali:
Le spese legali e gli onorari di altri professionisti incaricati dall'Assicurato (previa autorizzazione scritta dell'Assicuratore) non potranno eccedere i parametri minimi previsti dalle normative in materia di compensi professionali applicabili.
Sono espressamente esclusi i costi e le spese per l'eventuale intervento di un legale domiciliatario e di trasferta, qualora l'Assicurato dovesse nominare un legale al di fuori del circondario del Tribunale competente a decidere la controversia.
In ogni caso, i costi di difesa per i professionisti ai sensi della presente Assicurazione non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili, salvo diverso accordo con l'Assicuratore.

(d) Contrasti sulla gestione della Richiesta di Risarcimento:
Nel caso di disaccordo tra Assicuratore e Assicurato sulla scelta di legali, periti o altri professionisti, o sulla possibilità di transigere la Richiesta di Risarcimento, l'Assicuratore non sarà responsabile per: i costi e le spese sostenuti dall'Assicurato che superano quelli che l'Assicuratore avrebbe sostenuto scegliendo i propri legali o periti. Le somme eccedenti quelle che sarebbero state pagate se la transazione proposta dall' Assicuratore fosse stata accettata dall'Assicurato.

Art. 3.4 Coesistenza di altre Assicurazioni
In presenza di un Sinistro, l'Assicurato è tenuto a comunicare all'Assicuratore l'eventuale esistenza di altre polizze che coprano il medesimo rischio. Inoltre, ha l'obbligo di denunciare il Sinistro a ciascun assicuratore coinvolto, nel rispetto dei termini stabiliti dai rispettivi contratti, indicando a ognuno il nome degli altri Assicuratori, conformemente a quanto disposto dall'articolo 1910 del Codice Civile.

Art. 3.5 Pagamento dell'Indennizzo
L'Assicuratore procederà al pagamento dell'Indennizzo secondo le seguenti modalità:

- dopo aver verificato che la Polizza sia operativa;
- valutata la Richiesta di Risarcimento e il relativo danno;
- ricevuta tutta la documentazione richiesta dall'Assicurato.

L'Indennizzo sarà corrisposto entro sessanta (60) giorni dalla data in cui l'atto di liquidazione è stato debitamente sottoscritto dall'Assicurato.

Il Contraente / Assicurato

_____

LLOYD'S

APPROVAZIONE SPECIFICA AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 C.C

Il **Contraente/Assicurato**, in ottemperanza e per gli effetti dell'**articolo 1341 del Codice Civile**, dichiara quanto segue:

1. Approvazione specifica delle clausole contrattuali della Polizza
Dichiara di approvare specificamente e per iscritto le seguenti disposizioni contenute nella Polizza;

2. Dichiarazione di ricezione e presa visione della documentazione precontrattuale
Dichiara di aver ricevuto e di aver preso visione della documentazione informativa precontrattuale fornita dall'Assicuratore.

Il contraente dichiara pertanto di approvare specificatamente e per iscritto le seguenti disposizioni (Articoli e Disposizioni) contenute nella Polizza:

Glossario
Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art. 1.2 – Altre assicurazioni – Secondo rischio
Art. 1.3 – Efficacia della garanzia, periodicità e mezzi di pagamento del premio
Art. 1.4 – Esclusione del tacito rinnovo
Art. 1.5 – Variazioni del Contratto, comunicazioni, oneri fiscali
Art. 1.6 – Variazioni del Rischio (Aggravamento o diminuzione del rischio)
Art. 1.7 – Clausola "Claims Made" – Retroattività
Art. 1.8 – Cessazione dell'Assicurazione prima della scadenza
Art. 1.9 – Ambito territoriale
Art. 1.10 – Surrogazione e rivalsa
Art. 1.11 – Richieste di Risarcimento fraudolente – Clausola risolutiva espressa
Art. 1.12 – Richieste di Risarcimento collegate
Art. 1.13 – Responsabilità solidale dell'Assicurato
Art. 1.14 – Regolamentazione sulla facoltà di recesso dell'Assicuratore o dell'Assicurato
Art. 1.15 – Gestione della Polizza
Art. 1.16 – Legge applicabile – Giurisdizione – Elezione di domicilio
Art. 1.17 – Rinvio alle norme di legge
Art. 1.18 – Foro competente
Art. 1.19 – Diritto di ripensamento
Art. 2.1 – Oggetto dell'Assicurazione, forma e validità temporale
Art. 2.2 – Condizione di operatività dell'Assicurazione
Art. 2.3 – Precisazioni sui rischi coperti
Art. 2.4 – Condanna in solido con la Struttura e al pagamento di provvisionale in sede penale
Art. 2.5 – Responsabilità organizzativa, dirigenziale, aziendale e direzione sanitaria
Art. 2.6 – Funzioni pubbliche e giudiziali
Art. 2.7 – Ultrattività – Prosecuzione della copertura a seguito della cessazione dell'attività professionale – premio aggiuntivo

Art. 2.8 – Estensione copertura continua
Art. 2.9 – Esclusioni valide per tutte le Garanzie
Art. 2.10 – Rischi esclusi dalla copertura assicurativa
Art. 3.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento o Circostanza
Art. 3.1.1 – Comunicazione tempestiva all'Assicuratore
Art. 3.1.2 – Obblighi di cooperazione e comportamento dell'Assicurato
Art. 3.2 – Gestione delle Richieste di Risarcimento
Art. 3.3 – Spese legali e peritali
Art. 3.3.1 – Spese di difesa e peritali sostenute dall'Assicurato
Art. 3.3.2 – Ripartizione delle spese
Art. 3.3.3 – Franchigia/Scoperto
Art. 3.3.4 – Ulteriori disposizioni sul rimborso di costi e spese
Art. 3.4 – Coesistenza di altre assicurazioni
Art. 3.5 – Pagamento dell'Indennizzo

Il Contraente / Assicurato

_____