

## **SET INFORMATIVO**

**Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la  
Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche e/o  
Private**

**Versione n. 2\_22**

## Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo *RC Colpa Grave professionisti sanitari*

Documento predisposto a cura di LLOYD'S Insurance Company S.A. registrato in Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da

Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

**Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.**

### Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità per Colpa Grave dell'esercente la professione sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-sanitarie Pubbliche e/o Private per ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa, di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria.



### Che cosa è assicurato?

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza ex art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le attività professionali esercitate dall'Assicurato, presso della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina. L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al Fascicolo Informativo. Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale)



### Che cosa non è assicurato?

- × Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato o di taluno dei suoi legali rappresentanti o amministratori (art.1917 del Codice Civile);
- × Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il sottolimito di indennizzo o massimale pattuito;
- × Multe, ammende, sanzioni amministrative personali;
- × Danni subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di infortuni durante lo svolgimento della propria attività professionale;



## Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato per:

- ! i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- ! i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze 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;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.

Resta inteso che in nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si esponessero a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

Non sono considerati "terzi":

- ! il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- ! i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, si applicano i seguenti disposti:

- ! l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza;
- ! l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.



## Dove vale la copertura?

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, di Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino e della Svizzera. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.



## Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di:

- Accedere all'apposita piattaforma web e far pervenire al Broker il Modulo di Proposta generato, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura.
- La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:
  - A) Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta ;
  - B) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta;
  - C) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta;
  - D) Assenza di domande inevase;
  - E) Dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze;
- In caso di risoluzione dell'Assicurazione, il proponente ha diritto esclusivamente alla restituzione del Premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

- Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione. L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.
- Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.



## Quando e come devo pagare?

Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge.

Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge. Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza definita nel Modulo di Proposta



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il primo 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.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.



## Come posso disdire la polizza?

Se in scheda di copertura è richiamata la clausola del tacito rinnovo, è previsto il diritto di disdetta inviata con preavviso di almeno 45 giorni prima della data della scadenza annuale. Altrimenti non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.



## **Assicurazione della Responsabilità Colpa Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private**

**Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)**

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

Product: ***Polizza di Colpa Grave per Esercenti la Professione Sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o Private***

Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: quarta versione

Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 07 Dicembre 2020

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094. Sito web: [www.lloydseurope.com](http://www.lloydseurope.com)  
E-mail: [LloydsEurope.Info@lloyds.com](mailto:LloydsEurope.Info@lloyds.com)  
Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi. La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.  
E-mail: [informazioni@lloyds.com](mailto:informazioni@lloyds.com)  
Telefono: +39 02 6378 8870

Il patrimonio azionario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 300,4 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 153,4 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 161%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 38,4 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 228,5 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. è disponibile su <https://lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



**Che cosa è assicurato?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?** Non vi sono opzioni da attivare



**Che cosa NON è assicurato?**

**Rischi esclusi**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



**Ci sono limiti di copertura?**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni



**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?**

**Cosa fare in caso di sinistro?**

**Denuncia di sinistro:** In caso di Sinistro, l'Assicurato deve dare avviso scritto al Broker, anche a mezzo fax, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, di una Richiesta di Risarcimento e/o di Fatti e/o Circostanze.

**Prescrizione:** I diritti derivanti dal contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile. Da ciò ne deriva che le denunce di Sinistro e/o le comunicazioni pervenute oltre due anni dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla prestazione, comporteranno per l'Assicurato la perdita del diritto alla prestazione.

**Dichiarazioni inesatte o reticenti**

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

**Obblighi dell'impresa**

L'Assicuratore, verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione ai fini istruttori, provvederà alla formulazione di una congrua e motivata offerta per l'indennizzo o a comunicare i motivi per i quali non ritiene di presentare una offerta. L'Assicuratore provvederà alla liquidazione della somma a favore dell'Assicurato entro 60 giorni dall'invio della conferma di liquidazione/disposizione di bonifico.



**Quando e come devo pagare?**

**Premio**

Il premio è comprensivo di imposta.

**Rimborso**

Non sono previsti casi di rimborso del premio.



**Quando comincia la copertura e quando finisce?**

<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Sospensione</b>	Non è possibile sospendere la garanzia assicurativa in corso di contratto.

 <b>Come posso disdire la polizza?</b>	
<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<p>Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione alla Società, per il tramite del Broker.</p> <p>Il termine che precede decorre dal giorno successivo alla data della disposizione del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del Premio. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.</p>
<b>Risoluzione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
<p>Il prodotto è rivolto agli esercenti la professione sanitaria, che svolga o abbia svolto una delle attività indicate di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigente Medico/Assistente Medico/Medici in rapporto di libera professione presso strutture private;</li> <li>• Direttore Medico di struttura semplice o complessa e Medico Primario/Aiuto Primario/Responsabile di Unità Operativa;</li> <li>• Medico Contrattista/Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale;</li> <li>• Dirigente Sanitario non Medico /Specializzando/ Personale Universitario Convenzionato;</li> <li>• Direttore Sanitario / Direttore Socio Sanitario / Direttore medico di Presidio;</li> <li>• Personale Sanitario non Medico e non Dirigente/Professioni di interesse sanitario.</li> </ul> <p>e che svolga la propria attività in qualità di dipendente, o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria, incluso lo Specializzando.</p>	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<p><b>Costi di intermediazione:</b>            Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari dell'intera filiera, fino ad un massimo del 30% del premio pagato.</p>	

<b>COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami  Lloyd's Insurance Company S.A.  Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano  Fax: +39 02 6378 8857  E-mail: <a href="mailto:lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com">lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com</a>  <a href="mailto:lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com">lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com</a></p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni  via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel.  800 486661 (chiamate dall'Italia)  Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero)  Fax : +39 06 42133 206  E-mail: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a></p> <p>Il sito IVASS <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
<b>Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

**L'ASSICURAZIONE E' PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE»**

**Si vedano gli articoli 4, 7, 17**

### Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la stipulazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare una delle professioni sanitarie indicate nel Modulo di Proposta con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti **o in alternativa di esercitare la propria attività presso una Struttura Sanitaria in qualità di Direttore Generale o Amministrativo**

1.2 di esercitare la predetta attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria

1.3 di non essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione oppure di essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come indicato nel Modulo di Proposta.

### 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 indennizzato dall'Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Ai fini dell'applicazione degli artt. 1892 e 1893 c.c. saranno considerate esclusivamente le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel Modulo di Proposta.

Con riferimento a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelli di cui alla relativa Definizione contenuta nell'Articolo 3 che segue.

### Articolo 3 DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante della Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori	Come da Dichiarazione di Coassicurazione
<b>Assicurato/Contraente</b>	L'esercente la professione sanitaria che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta, e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o a qualunque titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria, incluso lo specializzando.  Per la copertura per le Perdite Patrimoniali si intende anche il Direttore Generale o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica
<b>Assicurazione</b>	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati.

<b>Attività Professionale</b>	L'attività medico-sanitaria svolta dall'Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e/o l'attività di Direttore Generale o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica
<b>Broker</b>	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, indicato nella Scheda di Copertura.
<b>Comportamento Colposo</b>	il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.
<b>Comunicazione Formale</b>	la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Assicurato
<b>Fatti e/o Circostanze</b>	<p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave.</li> <li>• La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;</li> <li>• l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.</li> <li>• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute</li> </ul>

	<p>dall'Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</li> <li>• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che all'U.R.P. -Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</li> <li>• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;</li> <li>• il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;</li> <li>• la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.</li> </ul>
<p><b>Danno</b></p>	<p>il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.</p>
<p><b>Danno Erariale</b></p>	<p>il Danno pubblico subito dall'Erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.</p>
<p><b>Denuncia di Sinistro</b></p>	<p>la notifica, inviata dall'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza</p>

<b>Loss Adjuster</b>	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri
<b>Massimale</b>	la somma massima, indicata nella scheda di copertura, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare per ogni Assicurato ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze e delle persone danneggiate.
<b>Modulo di Proposta</b>	il Modulo con il quale il Contraente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.
<b>Perdite Patrimoniali</b>	il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
<b>Periodo di Assicurazione</b>	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, per il quale è stato pagato il Premio. E' parte integrante del Periodo di Assicurazione l'eventuale estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9)
<b>Periodo di Efficacia</b>	il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione; tale periodo non comprende l'estensione dell'assicurazione in caso di eventuale cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9).
<b>Polizza</b>	il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta ed alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
<b>Premio</b>	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
<b>Responsabilità amministrativa</b>	la responsabilità gravante sull'Assicurato che per inosservanza degli obblighi o doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o,

	più in generale, alla Pubblica Amministrazione o allo Stato.
<b>Responsabilità amministrativocontabile</b>	la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Assicurato, detto "agente contabile", fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio o di impiego con la Pubblica Amministrazione, che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale o un Danno Erariale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.
<b>Richiesta di Risarcimento</b>	Il primo tra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave.</li> <li>• la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'assicurato per colpa grave.</li> <li>• L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.</li> </ul>
<b>Scheda di Copertura</b>	il documento, che forma parte integrante della Polizza, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'attività assicurata, il perimetro della copertura ed il premio imponibile con le relative imposte governative
<b>Sinistro</b>	le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
<b>Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria</b>	Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.



**Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI**

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera, di Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatti valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

**Articolo 7 ESCLUSIONI**

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma «*claims made*», sono esclusi:

1. i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
2. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.

Sono esclusi dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze:

- a) riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- b) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- c) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- d) in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- e) fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- f) per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- g) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- h) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- i) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- j) derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- k) relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- l) relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- m) relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- n) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- o) conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- p) 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;

- q) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.
- r) In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituiscono violazione di qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni Economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

#### **Articolo 8                      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 9                      ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI**

**Se durante il Periodo di Assicurazione, l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura, senza nessun Premio aggiuntivo e come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017**, per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

La copertura di cui al presente articolo cesserà nel momento in cui l'Assicurato dovesse riprendere ad esercitare l'Attività Professionale.

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

#### **Articolo 10                      CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE**

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dal proponente sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Proposta (articolo 1 e 2). Le parti concordano che le attività di:

- a) registrazione dei propri dati personali;
- b) elaborazione dell'indicazione di Premio;
- c) accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di Premio ed al sistema di preventivazione online

costituiscono modalità di vendita a distanza e si impegnano al rispetto della normativa IVASS in vigore.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e scade al termine del Periodo di Assicurazione come indicato nella Scheda di Copertura.

#### **Articolo 11                      RECESSO PER RIPENSAMENTO**

L'Assicurato dispone di 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alle garanzie previste in Polizza, senza doverne indicare il motivo.

Il termine per esercitare il diritto di recesso per ripensamento decorre:

a) dalla trasmissione al broker del Modulo di Proposta debitamente sottoscritto dal Contraente /Assicurato; o

b) dal pagamento del Premio al Broker

Per poter usufruire del "diritto di ripensamento" l'Assicurato deve:

- comunicare la propria decisione al Broker via mail;

- inviare al Broker una raccomandata con ricevuta di ritorno entro 14 giorni dalla data di ricezione dei documenti assicurativi dichiarando di non essere a conoscenza di danni avvenuti nel periodo;
- restituire al Broker i documenti assicurativi originali tramite raccomandata con ricevuta di ritorno entro 15 giorni dalla data di comunicazione del ripensamento.

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento nell'ipotesi sub b), in assenza di Sinistri, e con le modalità sopra indicate, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.

In caso di Sinistro verificatosi nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio, è precluso il diritto di recesso per ripensamento.

## **Articolo 12                    VARIAZIONI DEL RISCHIO**

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione. L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.

Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'Assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

## **Articolo 13                    MODALITÀ DEL RINNOVO**

La Polizza viene rinnovata automaticamente alle medesime condizioni in corso per ulteriori 12 (dodici) mesi, in assenza di:

- a. disdetta, inviata da una delle parti con preavviso di 45 giorni
- b. variazioni di rilievo dell'attività professionale ai sensi del terzo capoverso dell'art. 12, inerente il Periodo di Assicurazione immediatamente precedente al rinnovo;
- c. qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze ricevuta dall'Assicurato, o di cui l'assicurato sia venuto a conoscenza nel corso del Periodo di Assicurazione precedente al rinnovo.

In presenza di almeno una delle condizioni sopraindicate, è facoltà dell'Assicuratore procedere a separata valutazione del rischio e all'eventuale applicazione di differenti condizioni di rinnovo.

## **Articolo 14                    CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web deve pervenire al Broker entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti a), b), c) dell'Articolo 10.

La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Proposta entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Proposta che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:

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

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

**Articolo 15 ONERI FISCALI**

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

**Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO**

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Assicurato o dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.

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

**Articolo 17 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

L'Assicurato deve far denuncia di Sinistro scritta agli Assicuratori, per il tramite del Broker, di ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

Alla Denuncia di Sinistro devono far seguito, con urgenza, i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a dettagliata relazione confidenziale sui fatti.

Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento derivante dai medesimi Comportamenti Colposi, gli stessi saranno considerati Sinistri validamente denunciati alla data in cui è stata trasmesso la prima denuncia.

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 18 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE**

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

Sono a carico degli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento, in aggiunta al massimale, ma entro il limite del 25% del massimale medesimo.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano dagli stessi designati o autorizzati e non rispondono di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'Assicurato.

**Articolo 19 SURROGAZIONE**

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

**Articolo 20 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA**

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione della Polizza deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

**Articolo 21****CLAUSOLA BROKER**

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

- 1) il Contraente/Assicurato conferisce mandato al Broker di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
- 2) gli Assicuratori conferiscono mandato al Lloyd's Coverholder One Underwriting Srl di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questa Assicurazione.

È convenuto pertanto che:

- 1) ogni comunicazione fatta al Broker si considererà come fatta al Contraente/Assicurato;
- 2) ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; 3) ogni comunicazione fatta a One Underwriting Srl si considererà come fatta all'Assicuratore;
- 4) ogni comunicazione fatta da One Underwriting Srl si considererà come fatta dall'assicuratore.

**Articolo 22****NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE**

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

Foro competente, a scelta della parte attrice è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

**Articolo 23****PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il primo 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. Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.

**Appendice A)****ESTENSIONE CONTINUITA' COPERTURA**

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto 1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

- a) alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza;
- b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti in Polizza.
- c) l'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente Polizza, dalla data di cui al punto a);
- d) l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Proposta non siano dovuti a dolo.

## Appendice B)

### ESTENSIONE PER IL PERSONALE NON PIU' IN ATTIVITA'

- 1) La presente appendice è da intendersi valida e operante esclusivamente per i soggetti che rientrano nella definizione di Assicurato/Contraente di seguito riportata:  
 “In deroga a quanto disposto nell’Art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Assicurato/Contraente, si deve intendere unicamente l’Esercente la professione sanitaria che abbia svolto una delle Attività Professionali, e che abbia svolto la propria attività in qualità di dipendente o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, e che la cessazione dell’attività sia già avvenuta al momento della data di decorrenza della presente polizza”  
 La cessazione dell’attività professionale può essere avvenuta per qualsiasi causa, compresa la libera scelta.
- 2) A parziale deroga dell’art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Periodo di Efficacia si intende il periodo entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di cessazione dell’Attività Professionale.
- 3) Se ricorrono le condizioni di cui al punto 1) l’Art. 9 Estensione dell’assicurazione in caso di cessazione dell’attività professionale – protezione di eredi e tutori, deve intendersi abrogato.

***Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza e, agli effetti dell’artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara:***

**1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l’Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;**

**2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa Polizza:**

<b>Articolo 1</b>	<b>Dichiarazioni dell’Assicurato</b>
<b>Articolo 2</b>	<b>Reticenze e dichiarazioni inesatte</b>
<b>Articolo 4</b>	<b>Forma dell’assicurazione (“Claims made”) – Retroattività</b>
<b>Articolo 6</b>	<b>Limiti territoriali</b>
<b>Articolo 7</b>	<b>Esclusioni</b>
<b>Articolo 10</b>	<b>Conclusione e durata dell’Assicurazione</b>
<b>Articolo 12</b>	<b>Variazioni del rischio</b>
<b>Articolo 13</b>	<b>Modalità del rinnovo</b>
<b>Articolo 14</b>	<b>Condizione risolutiva del contratto di Assicurazione</b>
<b>Articolo 16</b>	<b>Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio</b>
<b>Articolo 17</b>	<b>Obblighi dell’Assicurato in caso di Sinistro</b>
<b>Articolo 18</b>	<b>Spese legali e gestione delle vertenze</b>
<b>Articolo 21</b>	<b>Clausola Broker</b>
<b>Articolo 23</b>	<b>Pagamento del Premio</b>

## CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLA CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA

1. In deroga a qualsiasi disposizione contraria contenuta nel presente accordo di riassicurazione o a qualsiasi avallo dello stesso, il presente accordo di riassicurazione esclude qualsiasi perdita, responsabilità, costo o spesa o qualsiasi altro importo sostenuto o maturato a favore del soggetto riassicurato, in qualità di assicuratore o riassicuratore, direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca simultaneamente o in qualsiasi sequenza, originata da, causata da, derivante da, contribuito da, derivante da, o altrimenti collegata a:
  - 1.1. irradiazione o contaminazione da materie nucleari; o
  - 1.2. le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose o contaminanti di qualsiasi materia radioattiva; o
  - 1.3. qualsiasi dispositivo o arma che impiega fissione atomica o nucleare e / o fusione o altro tipo di reazione o forza o materia radioattiva.

### Definizioni

2. Materiale nucleare significa :
  - 2.1. combustibile nucleare; o
  - 2.2. dove si applica la legge del 1954 sull'energia atomica degli Stati Uniti, e successive modifiche:
    - 2.2.1. materie nucleari speciali; o
    - 2.2.2. materia prima; o
    - 2.2.3. sottoprodotto ;
 come definito nella legge sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche; o
  - 2.3. dove si applica la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge di modifica della stessa:
    - 2.3.1. qualsiasi materiale, diverso dal torio o dall'uranio naturale o impoverito non contaminato da quantità significative di prodotti di fissione, in grado di rilasciare energia mediante un processo di fissione nucleare a catena autosufficiente;
    - 2.3.2. i materiali radioattivi prodotti nella produzione o nell'utilizzazione dei materiali di cui al punto 2.3.1; e
    - 2.3.3. i materiali resi radioattivi dall'esposizione alle radiazioni conseguenti o incidentali alla produzione o all'utilizzazione dei materiali di cui al paragrafo 2.3.1; o
  - 2.4. nei confronti di qualsiasi territorio in cui non si applichi la legge statunitense sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche e la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge ad essa relativa modificativa, qualsiasi altro materiale radioattivo (compresi ma non limitati ai prodotti e ai rifiuti radioattivi).
3. Combustibile nucleare: qualsiasi materiale, diverso dall'uranio naturale o dall'uranio impoverito, in grado di rilasciare energia nucleare mediante fissione nucleare o in altro modo, da solo o in combinazione con qualsiasi altro materiale.

LMA5198

27 settembre 2012

## APPENDICE 1 RELATIVA ALL'ESCLUSIONE LIMITATA DI CYBER E DATI

(Diverso da lesioni personali o danni materiali derivanti da un incidente informatico)

(da allegare ai moduli di responsabilità internazionale)

- 1.1 Nonostante qualsiasi disposizione contraria prevista all'interno della presente Polizza o qualsiasi appendice ad essa, la presente Polizza non si applica a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, pretesa, multe, penali, costi o spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, contribuito da, derivanti da, derivanti da o in connessione con:
- 1.2 **Cyber Act** o **Cyber Incident**, **comprese, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le azioni intraprese per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualsiasi Cyber Act o Cyber Incident;**o
- 1.3 perdita dell'**utilizzo, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato**, incluso qualsiasi **importo relativo al valore di tali Dati;**

indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca in concomitanza o in qualsiasi altra sequenza, a meno che non siano soggette alle disposizioni del paragrafo 5.

- 2 Nel caso in cui una qualsiasi parte di questa appendice risulti non valida o inapplicabile, il resto rimarrà in piena forza ed effetto.
- 3 Questa appendice sostituisce qualsiasi altra formulazione prevista nella Polizza o in qualsiasi sua appendice che abbia un'incidenza su un Cyber Act, Cyber Incident o Dati e, se in conflitto con tale formulazione, la sostituisce.
- 4 Se i Sottoscrittori sostengono che a causa di questa appendice la perdita subita dall'Assicurato non è coperta dalla presente Polizza, l'onere di provare il contrario incombe sull'Assicurato.
- 5 Tuttavia, la clausola 1.1 della presente esclusione non si applica a qualsiasi responsabilità reale o presunta per e/o derivante da:
  - 5.1 eventuali lesioni corporali di terzi (diverse da lesioni mentali, angoscia mentale o malattie mentali); o
  - 5.2 qualsiasi danno fisico o distruzione di beni di terzi

derivanti da o derivanti da un **Cyber Incident**, a meno che tale **Cyber Incident** sia causato da, contribuito da, derivante da, derivante da o in connessione con un **Cyber Act**. Nessuna disposizione di cui sopra fornisce alcuna copertura per le azioni intraprese per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a un **incidente** informatico o a un **Cyber Act**.

## Definizioni

- 6 **Sistema informatico** indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (incluso, ma non limitato a, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore, compresi sistemi simili o qualsiasi configurazione di cui sopra, compresi eventuali ingressi, uscite, dispositivi di memorizzazione dati, apparecchiature di rete o di back-up associati, di proprietà o gestiti dall'assicurato o da qualsiasi altra parte.
- 7 **Cyber Act** indica un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali correlati, indipendentemente dal luogo e dal tempo, o la minaccia o la truffa che comporta l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
- 8 **Cyber Incident** significa:
  - 8.1 qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che implicino l'accesso a, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di un **sistema informatico**; o
  - 8.2 qualsiasi indisponibilità o guasto parziale o totale o serie di indisponibilità parziali o totali correlati o mancato accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi **sistema informatico**.
- 9 **Per dati** si intendono le informazioni, i fatti, i concetti, il codice o qualsiasi altra informazione di qualsiasi tipo che sia registrata o trasmessa in forma da utilizzare, accedere, elaborare, trasmettere o memorizzare da un sistema informatico.

LMA5469

4 novembre 2020

**CLAUSOLA DI ESCLUSIONE GUERRA E GUERRA CIVILE**

Nonostante qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, la stessa non copre Perdite o Danni causati direttamente o indirettamente da, che avvengono per o in conseguenza di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (che la guerra sia dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o usurpato o confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o danneggiamento di beni da o per ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale.

NMA0464

01/01/1938

**SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE (CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI)**

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri)assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'(ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

LMA3100  
15 settembre 2010

**TERMINI E CONDIZIONI GENERALI****Dichiarazione precontrattuale**

Il contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione del contratto: Condizioni di Assicurazione, Glossario, Modulo di Proposta (se previsto) e Set Informativo costituito da DIP e DIP Aggiuntivo per contratti emessi dal 01/01/2019, o costituito da Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa per contratti antecedenti (Regolamento IVASS nr.41/2018).

**Firma del contraente della polizza**

Data

Firmato da

.....

.....

**Clausola di mancato pagamento del premio**

Come disposto dalla Legge, se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

**Clausola di notifica atti e giurisdizione (LBS0006 01/01/2019)**

Si conviene che la presente Assicurazione sarà regolata esclusivamente dal diritto e dagli usi in Italia, e le eventuali controversie insorte da, o in relazione a, la presente Assicurazione saranno soggette alla giurisdizione esclusiva di un tribunale competente in Italia.

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a proprio carico in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

Rappresentante per l'Italia  
Lloyd's Insurance Company S.A.  
Corso Giuseppe Garibaldi 86  
Milano 20121  
Italia

il quale è a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della società.

Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

## Informativa sulla Privacy

### Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 - GDPR

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento") ed in relazione ai dati personali che formeranno oggetto di trattamento, Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Europe") desidera informare di quanto segue.

#### 1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Valutazione di eleggibilità volta alla sottoscrizione del rischio da parte di Lloyd's Europe: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale. Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
- Espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Lloyd's Europe è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- Previo Suo consenso scritto, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's Europe; la base giuridica del trattamento è il consenso.

#### 2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è:

- realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- Effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- Svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia (il cui elenco è disponibile presso il Titolare) che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di intermediazione, di assunzione dei rischi, archiviazione della documentazione assicurativa e servizi attinenti alla gestione dei sinistri, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo – periti, consulenti, liquidatori indipendenti e studi legali.

#### 3. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società accreditate ad operare presso Lloyd's Europe le quali svolgono per nostro conto compiti collegati alla intermediazione assicurativa (agenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per anti-riciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica in uso presso Lloyd's Europe;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

#### 4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- nei casi di cui al punto 3, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

#### 5. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. (a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assuntori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici.

Inoltre i dati potranno essere comunicati ad enti pubblici in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Regno Unito, Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, che per conto di Lloyd's Europe effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Europe, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email [LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com](mailto:LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com).

#### 6. Diritti dell'interessato

Informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo all'indirizzo mail [LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com](mailto:LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com) si potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

#### 7. Titolare e responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento per Lloyd's Europe è il Rappresentante per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

È possibile contattare il responsabile della protezione dei dati all'indirizzo mail [LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com](mailto:LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com).

**Informativa sulla Privacy**

Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 - GDPR

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. (a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute<sup>1</sup>;

Data

---

Firma

---

(obbligatoria)

- b) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato di cui al punto 1, lett. (c)

Data

---

Firma

---

(facoltativa)

<sup>(1)</sup> Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte di Lloyd's Europe di ulteriori dati particolari (a titolo esemplificativo, relativamente a dati genetici e biometrici, allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

## Reclami

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio Reclami  
Lloyd's Insurance Company S.A.  
Corso Giuseppe Garibaldi 86  
20121 Milano  
Fax: +39 02 6378 8857  
E-mail: [LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com](mailto:LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com) oppure  
[LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com](mailto:LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com)

Un riscontro scritto verrà fornito al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il riscontro sia considerato insoddisfacente o in caso di mancato o tardivo riscontro, è fatto diritto al reclamante di coinvolgere l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)  
Via del Quirinale 21  
00187 Roma  
Italia  
Telefono: 800 486661 (dall'Italia)  
Telefono: +39 06 42021 095 (dall'estero)  
Fax: +39 06 42133 745 o +39 06 42133 353  
E-mail: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:  
[www.ivass.it](http://www.ivass.it).

In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente [www.ec.europa.eu/odr](http://www.ec.europa.eu/odr).

Le modalità di gestione dei reclami sopra descritte non pregiudicano il diritto dell'assicurato di intentare un'azione legale o una procedura alternativa per la risoluzione delle controversie in applicazione dei propri diritti contrattuali.