MEDICO SCUDO PROFESSIONALE

SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE E' PRESTATA NELLA FORMA
« CLAIMS MADE »
Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18

Art. 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara:

1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Art. 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Art. 3 DEFINIZIONI

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

ASSICURATO	La persona indicata nella scheda di polizza.
ASSICURATORI	L'impresa di Assicurazione indicata nella scheda di Polizza.
ATTIVITÀ INVASIVA LIEVE	L'attività che comporta la penetrazione, il taglio e/o la cucitura dei tessuti e/o la creazione di orifizi che non siano effettuate in anestesia generale e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo a fini diagnostici o terapeutici che non sia effettuata in anestesia generale (come ad esempio colonscopia, endoscopia, laparoscopia etc).
ATTIVITÀ INVASIVA	L'attività che comporta la penetrazione, il taglio e/o la cucitura dei tessuti e/o la creazione di orifizi in anestesia generale, e/o l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo a fini diagnostici o terapeutici in anestesia generale.
BROKER/AGENTE DI ASSICURAZIONI	La ditta di intermediazione assicurativa indicata nella Scheda di Polizza.

CERTIFICATO	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
CHIRURGIA ELETTIVA/ ESTETICA	L'insieme delle pratiche non chirurgiche e chirurgiche non ricostruttive esclusivamente finalizzate a migliorare l'aspetto fisico del paziente
CIRCOSTANZE DI SINISTRO	Qualsiasi richiesta presentata dall'Assicurato agli Assicuratori in cui lo stesso rappresenti un fatto dal quale ritenga che possa derivare un Sinistro a termini della presente Polizza, ivi inclusa a titolo esemplificativo e non esaustivo: i. la richiesta della cartella clinica, ii. l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. n. 285 del 1990 e s.m.i. iii. la querela e l'avviso di garanzia. iv. L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
CORRISPONDENTE / COVERHOLDER	Il soggetto – persona fisica o giuridica indicato nella Scheda di Polizza,
DANNO/DANNI	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
ESERCENTE ATTIVITÀ DI LIBERO PROFESSIONISTA	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il SSN, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto;
FECONDAZIONE ASSISTITA	L'insieme delle tecniche mediche che consentono l'impianto all'interno dell'utero di uno o più embrioni e delle procedure propedeutiche all'impianto stesso.
FRANCHIGIA	Elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.
INTERVENTI SPINALI	L'attività "Invasiva" applicata alla colonna vertebrale.
LEGGE	Legge 8 marzo 2017 n. 24.
LOSS ADJUSTER	Il soggetto designato dagli **Assicuratori** per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.

MASSIMALE	La somma massima che gli **Assicuratori** saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
MEDICINA ESTETICA	L'insieme delle pratiche non chirurgiche esclusivamente finalizzate a migliorare l'aspetto fisico del paziente.
MEDICINA ESTETICA LIGHT	L'insieme dei trattamenti estetici esclusivamente eseguiti con applicazione superficiale esterna e/o con puntura o iniezione cutanea con ago di sole sostanze completamente riassorbibili o rimovibili o mediante trattamenti di radiofrequenza, ultrasuoni o laser non ablativo, purché senza incisioni cutanee che richiedono sutura e senza utilizzo di anestesia. Resta inteso che non rientrano in questa definizione i seguenti trattamenti estetici: a) impianto di capelli artificiali; b) trapianto di capelli; c) trattamenti con finalità estetica con laser ablativi; d) rimozione laser di tatuaggi e cicatrici; e) fleboterapia rigenerativa tridimensionale (TRAP); f) biostimolazione autologa della pelle (es. iniezione di PRP, gel piastrinico); g) seffiller, seffihair, seffigyn; h) lipoemulsione sottocutanea (Lesc) a radiofrequenze; i) chemodenervazione.
SCHEDA DI POLIZZA	Il documento, annesso a questo Certificato per farne parte integrante, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo.
OSTETRICIA AMBULATORIALE	L'attività di assistenza alla gravidanza e al puerperio, esclusa pertanto l'assistenza al parto.
PERDITE PATRIMONIALI	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'Art. 1901 del Codice civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo**.**
PERIODO DI EFFICACIA	Il periodo di operatività dell'Assicurazione, cioè il Periodo di Assicurazione incluso il periodo di retroattività e postuma se operante.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO DELL'ASSICURATO	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione; iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
SINISTRO	Qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi durante il Periodo di Assicurazione nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'Assicuratore) per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività, ivi inclusa: i. la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato, ii. l'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga prevista dagli art. 9, commi 5 e 6 e 12, comma 3, della Legge; iii. l'invito a dedurre da parte del PM presso la Corte dei Conti; iv. la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura nei confronti dell'assicurato con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato.
SINISTRI IN SERIE	Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentato nella formula claims made alettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo);
TRAUMATOLOGIA	La branca della specializzazione in Ortopedia e Traumatologia che si interessa delle lesioni da traumi.

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

L'assicurazione è prestata nella forma *"Claims Made",* ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli **Assicuratori** durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli **Assicuratori** e, trascorsi 30 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. *(Si vedano gli l'articoli 10.1 e 18).*

Se la Scheda di Polizza non stabilisce diversamente, la data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del primo Periodo di Assicurazione, retrodatati di 10 (dieci) anni.

Art. 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Gli **Assicuratori** si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli **Assicuratori** rispondono:

a) dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
b) dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi;
c) le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

5.2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI (valida solo se espressamente richiamata in Scheda di Polizza)

Gli **Assicuratori** si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato.
Gli **Assicuratori** rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

a) agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
b) all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Art. 6 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

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 o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.
Gli **Assicuratori** non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Art. 6.1 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE – PROCEDIMENTI PENALI (Operante se espressamente richiamata in scheda di polizza)

Le spese legali verranno sostenute dagli Assicuratori in caso di procedimento penale a condizione che l'Assicurato venga prosciolto o assolto con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo (art. 530 Cod. Proc. Penale) o sia intervenuta una delle declaratorie di cui all'art. 129 c.p.p..
Gli **Assicuratori** non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non

siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Art. 7 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono esclusi da questa nozione:

a. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
b. i prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia, anche costoro sono considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Art. 8 LIMITI TERRITORIALI

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

Art. 9 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci 9.1 e 9.2 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

9.1 L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.

9.2 L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere pubbliche o private, di cliniche (siano esse convenzionate o non convenzionate con il servizio sanitario nazionale o locale) o di qualsiasi altro istituto debitamente autorizzato a prestare servizi sanitari o di supporto agli stessi. E' compresa altresì l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione è intesa anche a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura, la clinica o l'istituto a cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei conti passata in giudicato.

9.3 L'assicurazione comprende in ogni caso:

I) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 20;
II) i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
III) i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
IV) le perdite patrimoniali conseguenti ad errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del

30 giugno 2003, del Regolamento Europeo (EU) 2016/679 e s.m.i.). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di Euro 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il Massimale stabilito nella Scheda di Polizza per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione;

V) la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;

VI) la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;

VII) la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'Art. 2049 del Codice civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino;

VIII) i danni conseguenti all'attività accessoria di medicina alternativa.

Art. 10 ESCLUSIONI

10.1 - Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "***Claims Made"***, quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi:

a. i sinistri che siano denunciati agli **Assicuratori** in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 30 giorni di cui all'articolo 18 che segue;

b. le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti **Assicuratori**;

c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.

10.2 - Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

a) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

b) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;

c) in relazione a fatti dannosi accaduti o 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;

d) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;

e) per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;

f) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;

g) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;

h) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;

i) 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);

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

k) relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;

l) relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;

m) 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;

n) conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;

o) 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 i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive;

p) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;

q) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente e/o committente (la presente esclusione non si applica alla specializzazione in Medicina legale e/o Medicina del lavoro);

r) che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente 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;

10.3 – Tranne esplicita pattuizione tra le parti, e previo pagamento del sovrappremio convenuto, sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da:

a. Attività Invasiva Lieve;
b. Attività Invasiva;
c. Attività e/o Chirurgia elettiva estetica;
d. Fecondazione Assistita;
e. Interventi Spinali;
f. Ostetricia Ambulatoriale;
g. Assistenza al travaglio e al parto;
h. Traumatologia;
i. Medicina Estetica;
j. Medicina Estetica Light.

La presente esclusione non si applica nei casi in cui l'Azienda Sanitaria Pubblica, la Struttura Sanitaria Privata e/o le Compagnie di Assicurazione di queste ultime agiscano nei confronti dell'Assicurato con un'azione di rivalsa per colpa grave.

Art. 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

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

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

Qualora l'Assicurato abbia denunciato / notificato un qualsiasi sinistro e/o circostanza agli Assicuratori del presente contratto o comunque abbia, anche in passato, ricevuto una richiesta di risarcimento e/o sia o sia stato a conoscenza di una circostanza, gli Assicuratori, pur restando disponibili a concedere tale copertura postuma, si riservano di valutare diversi termini economici.

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

Art. 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni variazione del rischio tramite l'Intermediario incaricato entro i 10 (dieci) giorni successivi alla data di variazione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice civile.

In caso di diminuzione del rischio durante il Periodo di Assicurazione non dovuta a cessazione definitiva dell'Attività Assicurata, le Richieste di Risarcimento derivanti dall'Attività Assicurata cessata continuano ad essere garantite alle condizioni in vigore, fino alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso; in tal caso, al Contraente non sarà dovuto alcun rimborso del Premio e il Premio dovuto sarà rideterminato a decorrere dalla successiva scadenza sulla base della Variazione di rischio comunicata.

Qualora durante il Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio nell'ambito delle attività sanitarie mediche assicurabili con la presente Polizza, la copertura assicurativa proseguirà fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione anche in relazione alle Richieste di Risarcimento relative alla nuova attività dietro pagamento di un Premio aggiuntivo.

Qualora si verifichi un mutamento dell'attività professionale non comunicato alla Società o non assicurabile con la presente Polizza, la copertura assicurativa non sarà operante per tali prestazioni e proseguirà limitatamente all'Attività Assicurata già oggetto di copertura.

Art. 14 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 00.01 del giorno indicato nella scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.
Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.
Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 15 ONERI FISCALI

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

Art. 16 TACITO RINNOVO

Ove nella Scheda di Polizza sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto al rinnovo tacito, sono valide e operanti le clausole che seguono. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Polizza, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo.

CLAUSOLA DEL TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta inviata dal Contraente/Assicurato o dagli Assicuratori alla controparte non meno di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza, il contratto s'intende tacitamente ed automaticamente rinnovato, dalla data della sua scadenza, per un Periodo di Assicurazione di 12 (dodici) mesi, e così ad ogni scadenza successiva e, per gli effetti di legge contemplati dall'art. 1901 c.c., subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 14 del presente contratto.

Gli Assicuratori si riservano la facoltà di modificare le condizioni di assicurazione e/o di premio al momento del rinnovo automatico, dandone comunicazione al Contraente / Assicurato almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza. Il Contraente /Assicurato può accettarle mediante il pagamento del premio entro il termine previsto dal contratto e con le modalità ivi prescritte. Il pagamento del premio da parte del Contraente / Assicurato entro il suddetto termine, pertanto, costituisce manifestazione della volontà di rinnovare il contratto di assicurazione alle nuove condizioni proposte. Il mancato pagamento del premio entro il termine dato sarà considerato mancata accettazione delle modifiche delle nuove condizioni di assicurazione e/o di premio proposte, con conseguente cessazione del contratto di assicurazione alla scadenza originariamente indicata nella Scheda di Polizza.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto informando la controparte non meno di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del corrente Periodo di Assicurazione.

Resta fermo il disposto dell'articolo 19 (facoltà di recesso in caso di sinistro) del presente contratto.

La disdetta del CONTRAENTE può essere spedita alternativamente:

1. Mediante raccomandata A/R, inviata al Coverholder indicato in Scheda di Polizza;
2. Mediante PEC all'indirizzo e-mail indicato in Scheda di Polizza (info@furnessunderwriting.com)

CAUSE OSTATIVE DEL TACITO RINNOVO.

Qualora prima della scadenza del Periodo di Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza dovessero ricorrere una o più delle cause ostative al rinnovo tacito dell'assicurazione qui di seguito indicate:

1. L'Assicurato venga sospeso o radiato dall'Albo Professionale per qualsiasi ragione, o licenziato per giusta causa;
2. L'Assicurato venga a conoscenza di sinistri diversi da quelli comunicati in fase di assunzione del rischio e dichiarati nel questionario di Polizza che debbano essere denunciati agli Assicuratori, oppure di fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti in questa assicurazione, mai comunicati agli Assicuratori;
3. L'attività professionale dichiarata nella Proposta allegata a questo Certificato abbia subito variazioni non ancora comunicate agli Assicuratori, e quindi da questi mai espressamente accettate;

L'Assicurato ha l'obbligo di darne tempestivo avviso per iscritto agli Assicuratori, in ogni caso non oltre i 30(trenta) giorni dopo la data di proroga del Periodo di Assicurazione. Gli assicuratori entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio del nuovo Periodo di Assicurazione hanno diritto di risolvere in modo espresso il Contratto di Assicurazione con effetto dalla data di scadenza del Periodo di Assicurazione precedente, fermo il diritto dell'Assicurato alla restituzione del premio di rinnovo al netto delle tasse.

Il mancato avviso da parte dell'Assicurato agli Assicuratori delle fattispecie di cui ai punti 1. 2. 3. sopraindicati, così come l'avviso inviato dall'Assicurato agli Assicuratori successivamente a 30 (trenta) giorni dalla data di proroga del Periodo di Assicurazione, è causa di risoluzione espressa del contratto con effetto dalla data di proroga del Periodo di Assicurazione.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto informando la controparte non meno di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del corrente Periodo di Assicurazione.

Art. 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Polizza e ferme le franchigie ove applicabili.
L'obbligo di comunicare agli **Assicuratori** la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli **Assicuratori** interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli **Assicuratori** di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.
Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli **Assicuratori**.
Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.
Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 10.1).*
Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.
Senza il previo consenso scritto degli **Assicuratori**, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Art. 18.1 DEEMING CLAUSE (Operante se espressamente richiamata in scheda di polizza)

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui

possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Art. 19 FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Solo 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, gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.
Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 12 "ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÁ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI".

Art. 20 SURROGAZIONE

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

Art. 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

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

Art. 22 NORME DI LEGGE

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

Art. 23 CLAUSOLA BROKER DI ASSICURAZIONE

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

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

Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker di Assicurazione o agli **Assicuratori** sarà considerata come fatta all'Assicurato;

Ogni comunicazione fatta dal Broker di Assicurazione o dagli **Assicuratori** al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

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

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

Art. 24	CLAUSOLA BONUS MALUS

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

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

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

2 **di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:**

Articolo 1	**Dichiarazioni dell'Assicurato**
Articolo 4	**Forma dell'assicurazione ("Claims Made" – Retroattività)**
Articolo 10	**Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *Claims Made* - 10.1)**
Articolo 10	**Clausola di ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI (10.3)**
Articolo 16	**Tacito Rinnovo**
Articolo 17	**Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
Articolo 18	**Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**
Articolo 19	**Facoltà di recesso in caso di sinistro**
Articolo 23	**Clausola Broker/Agente**
Articolo 24	**Clausola BONUS MALUS**

L'ASSICURATO/CONTRAENTE