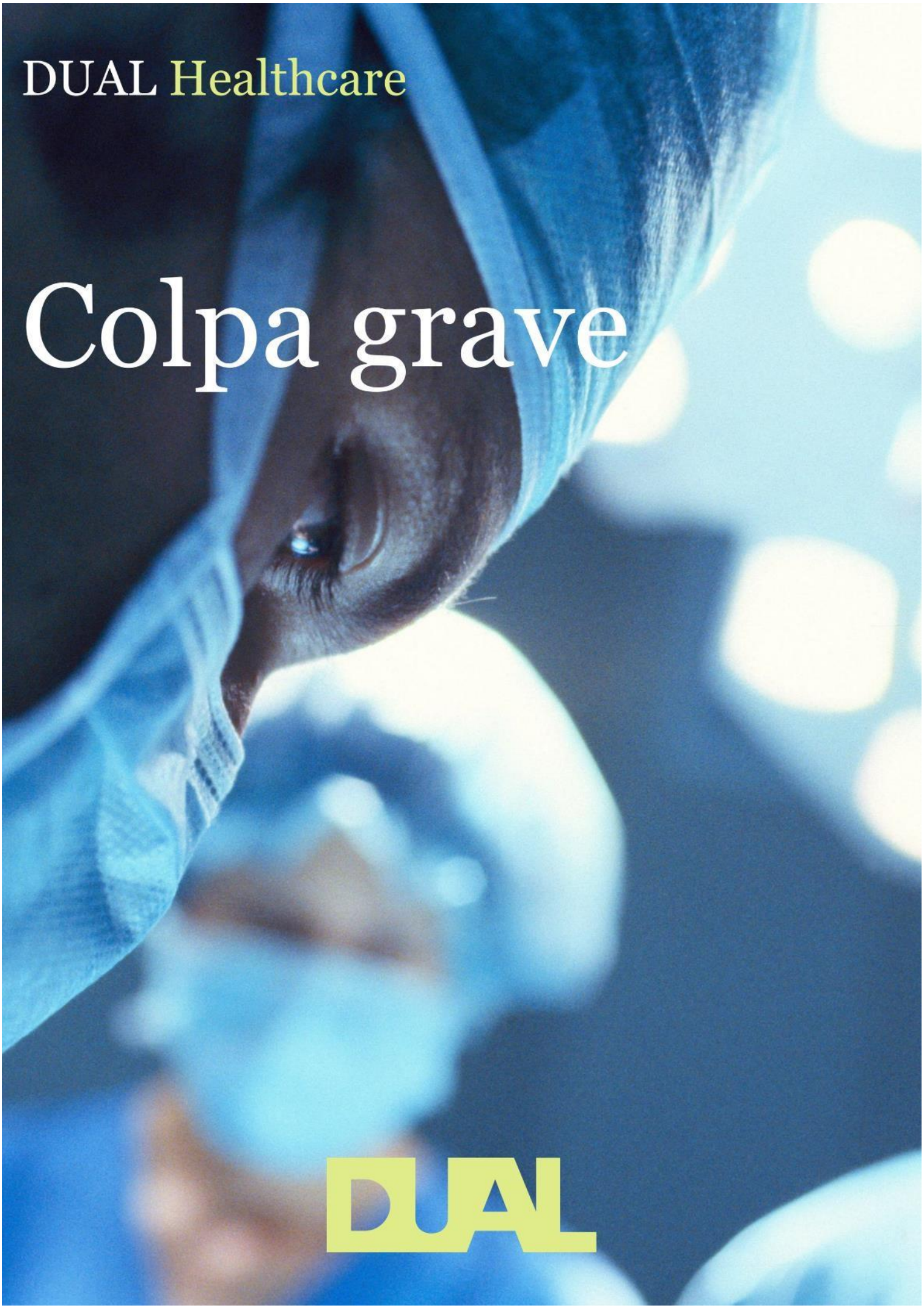
DUAL Healthcare

Colpa grave



DUAL

Assicurazione: **Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità civile a carico del Farmacista**

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
Documento predisposto a cura di DUAL Italia S.p.A.[1] nella sua qualità di "co-manufacturer de facto" per conto della Compagnia

Compagnia: **Lloyds Insurance Company S.A.**
Prodotto: ***DUAL Healthcare Colpa Grave***
Data di realizzazione del DIP Danni: **Ottobre 2024, ultima versione disponibile**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti. Ulteriori coperture ed esclusioni possono essere previste in appendici/estensioni concordate di volta in volta tra Assicurato ed Assicuratore

Che tipo di assicurazione è?

DUAL Healthcare Colpa Grave è una polizza di Responsabilità Civile che tutela i professionisti sanitari ed i dipendenti di aziende pubbliche o private per errori gravemente colposi commessi nell'ambito dell'esercizio della professione ai sensi dell'Art. 9 della Legge 8 Marzo 2017 n.24 della Legge Gelli.
La polizza è in forma "claims made" e copre pertanto le richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti dell'assicurato avanzate per la prima volta durante il periodo di assicurazione e regolarmente denunciate agli assicuratori durante lo stesso periodo, o durante il periodo di postuma.

Che cosa è assicurato?

La polizza assicura:

- le richieste di risarcimento relative ad errori gravemente colposi dell'assicurato nell'ambito dell'attività professionale esercitata
- la professione sanitaria svolta dal farmacista
- i medesimi incarichi svolti durante il periodo di retroattività presso la medesima o altra Azienda Sanitaria, comprese le attività di specializzando e quelle analoghe precedentemente svolte
- i nuovi incarichi assunti durante il periodo di assicurazione
- le richieste di risarcimento riconducibili ad errori dell'assicurato commessi in qualsiasi momento antecedente la decorrenza di polizza, purché non noti al momento della stipula del contratto (cosiddetta retroattività illimitata)
- le circostanze ovvero la notifica da parte dell'assicurato di atti, fatti e/o contestazioni che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento future. Le circostanze denunciate agli assicuratori durante il periodo di copertura garantiscono all'assicurato di poter trasmettere la successiva richiesta di risarcimento derivante da tale circostanza anche dopo la scadenza del periodo di assicurazione e pertanto anche nel caso in cui il contratto non fosse più in vigore
- le circostanze e le richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti dell'assicurato avanzate per la prima volta e regolarmente denunciate agli assicuratori durante il periodo

Che cosa non è assicurato?

La polizza non assicura le richieste di risarcimento inerenti:

- La polizza non assicura richieste di risarcimento inerenti:
- attività diverse da quelle indicate nella scheda di polizza
- attività svolta in assenza di iscrizione ad un albo professionale
- circostanze e/o richieste di risarcimento esistenti prima od alla data di decorrenza della polizza
- circostanze e/o richieste di risarcimento notificate in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori
- frode, atto o omissione dolosa
- attività abusive, non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti
- fatti dannosi o comportamenti colposi posti in essere senza abilitazione
- danni imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici
- danni imputabili all'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'assicurato
- mancata rispondenza di interventi di chirurgia estetica
- violazione dell'obbligo del segreto professionale
- rapporti contrattuali diversi da quello ordinario tra medico e paziente
- funzioni di carattere amministrativo, direttivo, organizzativo, dirigenziale, aziendale o comunque non propriamente attinenti all'incarico oggetto di copertura
- mobbing, molestie, violenze e abusi

successivo alla scadenza del periodo di assicurazione e riferite ad errori commessi durante il periodo di assicurazione o di retroattività (cosiddetta postuma).

- multe, ammende e/o sanzioni dirette
- danni alle cose mobili e immobili (compresi gli animali se l'assicurato non è medico veterinario) che l'assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo
- perdite o danni conseguenti a furto, incendio esplosione o scoppio
- proprietà, possesso, circolazione di veicoli a motore, nonché utilizzo di natanti a motore o di aeromobili anche ove questi siano funzionali all'incarico svolto
- amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente l'amianto
- spese di correzione, nuova esecuzione o completamento dell'attività assicurata
- radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari
- guerra, atti terroristici
- ingiuria, diffamazione
- legionella, muffe
- danni conseguenti ad attacco informatico e/o azione, errore, omissione, negligenza, violazione colposa di doveri, che abbia determinato una violazione del sistema informatico dell'azienda sanitaria, del contraente o dell'assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

- Le franchigie, gli scoperti di polizza, le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i limiti di indennizzo e/o sottolimiti pattuiti come segue:
  - limite di indennizzo indicato nel contratto
- Sono escluse le richieste di risarcimento avanzate prima del periodo di assicurazione, successivamente alla scadenza e comunque derivanti da errori commessi prima del periodo di retroattività (ove previsto).
- Errori connessi fra loro, continuati o ripetuti costituiscono un singolo errore e pertanto è applicata una sola franchigia e un unico limite di indennizzo per ciascun sinistro; due o più richieste di risarcimento da parte di un soggetto terzo riconducibili ad errori diversi sono considerati sinistri distinti e separati ai quali è applicato per ciascuno la franchigia prevista dal contratto.

Dove vale la copertura?

Sono coperte le richieste di risarcimento originate da errori commessi ovunque nel mondo con esclusione di USA, Canada, Russia, Ucraina, Bielorussia e i territori sotto la loro giurisdizione.

Che obblighi ho?

L'assicurato è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori. Le informazioni, le dichiarazioni inesatte od incomplete e/o gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli assicuratori comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso dell'assicuratore dal contratto.

In caso di richiesta di risarcimento o circostanze deve inviare comunicazione scritta, entro 30 giorni agli assicuratori tramite l'intermediario.

L'assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicazione dell'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte lo stesso rischio di cui alla polizza. In caso di richiesta di risarcimento, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri. Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio questo contratto opererà a 2° rischio e, quindi, per l'eccedenza dei limiti di indennizzo rispetto alla copertura delle altre polizze assicurative.

Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento annuale del premio in unica soluzione. Il pagamento del premio dovrà essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL Italia Spa o all'intermediario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza ha effetto dalle ore 24 del giorno ivi indicato se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. In caso di rinnovo tacito, se il contraente non paga il premio o le rate di premio relative al rinnovo, l'assicurazione di cui alla polizza resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Come posso disdire la polizza?

La disdetta può essere spedita, entro e non oltre 60 giorni prima del termine del periodo di assicurazione, alternativamente:

i. mediante raccomandata A/R, inviata all'intermediario o a DUAL Italia Spa;
ii. direttamente dal contraente a DUAL Italia Spa tramite PEC all'indirizzo disdette@legalmail.it.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, il contraente può recedere con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno dalla presente polizza con preavviso di 90 giorni.

[1] Lloyd's Insurance Company S.A. ha conferito a DUAL Italia S.p.A. i poteri, fra gli altri, di sottoscrivere e gestire le polizze di assicurazione, di gestire le richieste di risarcimento degli assicurati nonché, più in generale, i rapporti con gli assicurati e gli altri intermediari coinvolti nella stipulazione del contratto.

Assicurazione: **Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità civile a carico del Farmacista**

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

Prodotto: **DUAL Healthcare Colpa Grave**

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: **Ottobre 2024, ultima versione disponibile**

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio; telefono: +32 (0)2 227 39 39; sito internet: www.lloydseurope.com; e-mail: lloydseurope.info@lloyds.com. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.
Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. I.00151) ed in Libera Prestazione di Servizi (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. II.01526).
La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia, con cui sarà concluso il contratto, è sita in Corso Garibaldi 86, Milano 20121. Telefono: +39 02 6378 8870 - E-mail: informazioni@lloyds.com - PEC: lloydseurope.italia@pec.lloyds.com. Sito internet: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home
Con riferimento all'ultimo esercizio di bilancio approvato (2024), il patrimonio netto ammontava a EUR 653 milioni e il risulato economico di periodo a EUR 70 milioni.
Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio), inteso come il rapporto tra i fondi propri e il requisito patrimoniale di solvibilità della società, è pari al 216%
La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2024 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

La polizza assicura il professionista dalle richieste di risarcimento conseguenti ad errori commessi nell'ambito dell'esercizio delle attività mediche e sanitarie così come meglio specificato nel DIP danni.

La polizza include altresì:

- aggravamento di rischio, senza alcun sovrappremio
- i medesimi incarichi svolti nel periodo di retroattività presso la stessa o altra azienda sanitaria, comprese le attività di specializzando
- l'attività intramoenia
- i nuovi incarichi assunti durante il periodo di assicurazione, anche diversi da quello per cui è stata emessa la polizza, purchè rientranti tra quelli previsti in tariffa
- incarichi di specializzando svolti nel periodo di retroattività
- attività di primo soccorso deontologico

L'impegno massimo degli assicuratori relativamente alle richieste di risarcimento da parte di terzi nei confronti dell'assicurato non può eccedere il limite di indennizzo indicato in polizza e concordato con il contraente.

Fermo quanto indicato nel DIP base, la polizza include altresì le seguenti opzioni con il pagamento di un premio aggiuntivo:

Incarichi cessati nella retroattività: Assicurazione degli incarichi diversi da quello prevalente indicato nella scheda di polizza, purché sia presente negli incarichi previsti da tariffa., svolti dall'assicurato nel periodo di retroattività presso una qualsiasi azienda sanitaria.

Pluralità di incarichi: assicurazione di incarichi aggiuntivi rispetto a quello prevalente indicato nella scheda di polizza, presso una qualsiasi azienda sanitaria, svolto alla data di decorrenza della polizza e a condizione che sia presente negli incarichi previsti da tariffa.

Postuma: ai fini dell'attivazione della postuma in caso di decesso e cessazione definitiva dell'attività per qualsiasi causa è richiesta comunicazione scritta agli assicuratori entro la scadenza della copertura assicurativa e sono previsti sovrappremi definiti:

- 1 anno: 500% del premio annuo
- 2 anni: 450% del premio annuo
- 3 anni: 400% del premio annuo
- 4 anni: 350% del premio annuo
- 5 anni: 300% del premio annuo

La postuma non si attiva o cessa in caso di ripresa dell'esercizio dell'attività medico sanitaria e stipula di una polizza a copertura della responsabilità professionale.

Che cosa non è assicurato?

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.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a farmacisti per errori gravemente colposi commessi nell'esercizio della professione.

Quali costi devo sostenere?

Il premio lordo a carico del contraente comprende costi di intermediazione così composti:

- una quota pari al 14% circa del premio lordo costituisce le provvigioni dell'intermediario per il tramite del quale il contratto di assicurazione è stipulato
- una quota variabile fra 0% e 11% del premio lordo costituisce gli accessori, ovvero i costi inerenti (tra l'altro) alla gestione della polizza delegata dalla Compagnia al "co-manufacturer de facto"
- una quota pari a circa il 9% del premio lordo costituisce il compenso del "co-manufacturer de facto"

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milan Fax: +39 02 6378 8857 E-mail:lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com o lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito dalla Compagnia entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo. I reclami possono essere trasmessi anche agli intermediari assicurativi e agli intermediari iscritti nell'elenco annesso aventi ad oggetto il loro comportamento, incluso quello dei loro dipendenti e/o collaboratori. Gli indirizzi di tali soggetti sono reperibili sul sito dell'IVASS (https://ruipubblico.ivass.it/rui-pubblica/ng/#/home) Gli intermediari iscritti nelle sezioni B, D del RUI e nell'elenco annesso devono fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante. Gli intermediari iscritti nella sezione A del RUI ricevuto il reclamo devono trasmetterlo senza ritardo agli assicuratori che dovranno fornire riscontro al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante. Tale termine è sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni per le integrazioni istruttorie necessarie per reperire ogni informazione ritenuta utile e pertinente per la gestione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami che possono essere indirizzati all'IVASS possono essere indirizzati anche all'autorità di vigilanza dello stato di origine degli assicuratori e degli intermediari iscritti nell'elenco annesso, secondo le modalità previste da detta autorità. L'autorità di vigilanza dello stato di origine degli assicuratori è: Financial Services and Markets Authority (FSMA – Authoriteit Voor Financiële Diensten en Markten) belga, il cui sito internet è il seguente: https://www.fsma.be/. – in alternativa, a Ombudsman Assurances Verzekeringen, Square de Meeus 35 – 1000 Bruxelles, Sito Internet: https://www.ombudsman-insurance.be/

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria (tra gli altri casi) per le controversie in materia di contratti assicurativi e finanziari.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato agli assicuratori.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il premio di polizza o parte di esso non è detraibile. Il premio indicato in polizza è comprensivo di imposta pari al 21,25 incrementata nella misura percentuale di un punto, secondo quanto previsto dal fondo di solidarietà per le vittime delle richieste estorsive e dell'usura.

SOMMARIO

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO…….. 2

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE……..……..…… 7

1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE…… 7

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO……..…… 10

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI …….. 11

3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI ……..…….. 11

4. CONDIZIONI OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA 13

5. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"…… 14

6. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA …….. 17

7. LA POSTUMA ……..……..…….. 18

8. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA… 20

9. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA ……..…… 21

DUAL Healthcare Colpa Grave

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE
A CARICO DEL FARMACISTA
AI SENSI DELLA LEGGE 8 MARZO 2017 N. 24 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

AVVERTENZA

Ai sensi dell'Articolo 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 9/2005) e dalle Linee Guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO e periodi di sospensione della garanzia contenuti nella presente POLIZZA sono evidenziati in "grassetto".

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO

I termini riportati in lettere maiuscole nella POLIZZA o nella SCHEDA DI POLIZZA allegata hanno il significato a loro attribuito di seguito:

LE PARTI

CONTRAENTE: la persona giuridica con sede in Italia, che stipula la POLIZZA.

ASSICURATO: il farmacista, residente in Italia, che opera all'interno dell'AZIENDA SANITARIA.
Sono inclusi gli esercenti la professione sanitaria che operano in qualità di specializzando, che frequenti regolarmente il corso specialistico post laurea e non abbia già conseguito nessuna specializzazione o instaurato un rapporto di lavoro con una azienda sanitaria.

ASSICURATORI: i soggetti che prestano la copertura assicurativa indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.

AZIENDA SANITARIA: l'ospedale, l'istituto, la clinica o la struttura sanitaria con sede in Italia:

i. facente capo al Servizio Sanitario Nazionale, oppure
ii. di natura giuridica privata, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale

incluse le farmacie / parafarmacie indicata nella SCHEDA DI POLIZZA, presso cui l'ASSICURATO esercita la propria attività professionale.

ALTRE DEFINIZIONI UTILI

ATTI TERRORISTICI: atti di forza e/o violenza:

i. verificatisi per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/o
ii. diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/o
iii. messi in atto a scopo di incutere paura alla popolazione o a parte di essa tramite persone che agiscono da sole o in nome e per conto o in collegamento a qualsiasi organizzazione.

CIRCOSTANZA: **la comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità, ai sensi dell'articolo 13 L.8 marzo 2017 n.24 inclusi:**

i. **la comunicazione formale con cui l'AZIENDA SANITARIA o l'assicurazione dell'AZIENDA SANITARIA informa l'ASSICURATO dell'instaurazione di un giudizio promosso dal danneggiato** per un fatto che coinvolge, o che si presume possa coinvolgere, l'ASSICURATO in un'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave;

ii. **la comunicazione formale con cui l'AZIENDA SANITARIA o l'assicurazione dell'AZIENDA SANITARIA informa l'ASSICURATO dell'avvio di trattative** stragiudiziali con il danneggiato per un fatto che coinvolge o che si presume possa coinvolgere l'ASSICURATO in un'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave.

COSTI E SPESE: tutti i costi e le spese necessarie, **sostenute** da o in nome e per conto dell'ASSICURATO derivanti dalla difesa, dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO **con il consenso scritto degli ASSICURATORI.**

COSTI e SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità dell'ASSICURATO né le spese legali o peritali nell'ambito di procedimenti penali.

DANNI CORPORALI: lesione personale, morte.

DANNI MATERIALI: distruzione, deterioramento totale o parziale di cose (sia oggetti materiali, sia animali).

DANNO/DANNI:

i. il pregiudizio economico conseguente a DANNI CORPORALI;
ii. il pregiudizio economico conseguente a DANNI MATERIALI.

DUAL ITALIA SPA: l'Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'articolo 109 del D.Lgs. 209/2005 al n. A000167405 incaricato dagli ASSICURATORI della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla POLIZZA, di curare la gestione e la liquidazione delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, di gestire e intrattenere i rapporti con i CONTRAENTI e l'ASSICURATI nonché con gli INTERMEDIARI che hanno contribuito all'intermediazione della POLIZZA.

In caso di chiamata in garanzia, i relativi atti devono essere notificati agli ASSICURATORI al loro indirizzo PEC o al domicilio eletto indicato nella POLIZZA.

FATTI NOTI:

i. qualsiasi condanna dell'ASSICURATO al risarcimento danni, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, prima dell'inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE;
ii. qualsiasi invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o qualsiasi altro atto di formale costituzione in mora da parte dell'AZIENDA SANITARIA o di qualsiasi azienda sanitaria o del loro assicuratore ricevuti dall'ASSICURATO prima dell'inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE;
iii. qualsiasi risarcimento eseguito a favore di terzi da parte dell'AZIENDA SANITARIA e/o da parte di altra azienda sanitaria, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi anche presunti imputabili all'ASSICURATO prima dell'inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE.
iv. qualsiasi CIRCOSTANZA ricevuta dall'ASSICURATO prima dell'inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE
v. atti o fatti già noti all'ASSICURATO prima della data di inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE

FRANCHIGIA: **l'importo fisso per ciascun SINISTRO/RICHIESTA DI RISARCIMENTO,** indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e/o nelle condizioni di POLIZZA, **che viene dedotto dal danno liquidato e che rimane a carico dell'ASSICURATO.**

Come si applicano gli scoperti e le franchigie in caso di indennizzo?

Garanzia soggetta a franchigia:

- limite di indennizzo: € 1.000.000
- ammontare della perdita: € 150.000

- franchigia: € 25.000
- indennizzo: € 125.000

Franchigia in caso di perdita superiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 2.000.000
- ammontare della perdita: € 2.600.000
- franchigia: € 25.000
- indennizzo: € 2.000.000

INCARICO:	l'attività di farmacista svolta dall'ASSICURATO presso l'AZIENDA SANITARIA.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della POLIZZA.
INTERMEDIARIO:	il soggetto indicato nella SCHEDA DI POLIZZA autorizzato ad esercitare l'attività di intermediazione assicurativa in base alle leggi ed ai regolamenti applicabili.

LIMITE DI INDENNIZZO — gli importi indicati in SCHEDA DI POLIZZA che costituiscono **l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascun SINISTRO/RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE.**
In nessun caso gli ASSICURATORI sono obbligati per somme eccedenti detto importo, indipendentemente dal numero di RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o SINISTRI e/o ASSICURATI e/o danneggiati.

PERIODO DI ASSICURAZIONE: — il periodo compreso tra le date di decorrenza e la data di scadenza indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.

PERDITE PATRIMONIALI: — il pregiudizio economico che non sia conseguenza diretta o indiretta di DANNI MATERIALI e DANNI CORPORALI.

POLIZZA: — il documento che prova l'assicurazione.

POSTUMA: — il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE attivabile, nei termini ed alle condizioni indicate nell'articolo 7.1 POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITA' O DECESSO, entro il quale l'ASSICURATO può notificare agli ASSICURATORI le RICHIESTE DI RISARCIMENTO **ricevute per la prima volta dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE** e riferite a fatti e/o eventi avvenuti durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITA' o riferite a CIRCOSTANZE correttamente denunciate durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE.

PREMIO: — la somma dovuta dal CONTRAENTE agli ASSICURATORI ai fini della garanzia assicurativa.

RETROATTIVITÀ: — **il periodo di tempo compreso tra la data indicata nella SCHEDA DI POLIZZA alla voce RETROATTIVITÀ e la data di decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**

Rientrano nell'ambito di applicazione della POLIZZA le sole le RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a CIRCOSTANZE e/o conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante detto periodo di RETROATTIVITA' se correttamente denunciate dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI come previsto dalla POLIZZA.

I LIMITI DI INDENNIZZO in aggregato indicati nella SCHEDA DI POLIZZA non si intendono in alcun modo incrementati per effetto della RETROATTIVITA'.

Come funziona la retroattività?

- In caso retroattività limitata, ad esempio 10 anni, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato dalle conseguenze di azioni e/o omissioni colpose commesse fino a 10 anni prima la decorrenza del contratto. Azioni e/o omissioni colpose commesse in data antecedente, ad esempio 15 anni prima la decorrenza del contratto, non rientrano in copertura.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

i. l'invito a dedurre da parte del Pubblico Ministero presso la Corte dei Conti;
ii. l'azione di responsabilità amministrativa davanti alla Corte dei Conti contro l'ASSICURATO a seguito di comportamento gravemente colposo accertato o presunto;
iii. l'azione di rivalsa civilistica dell'AZIENDA SANITARIA, inclusa la richiesta scritta avanzata nei confronti dell'ASSICURATO con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato;
iv. l'azione di surroga dell'assicurazione dell'AZIENDA SANITARIA nei confronti dell'ASSICURATO;

ricevuti per la prima volta dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE oppure durante la POSTUMA (se concessa) relativi a fatti e/o comportamenti colposi commessi dall'ASSICURATO nell'esercizio dell'INCARICO indicato in SCHEDA DI POLIZZA durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITA'.

Ai sensi dell'art.1, lett. o) del Decreto Attuativo del 15 Dicembre 2023 N. 232 **fatti diversi da quelli elencati, compresi:**

a. la richiesta/sequestro della cartella clinica;
b. l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al DPR 10 settembre 1990 n.285;
c. la querela e l'avviso di garanzia,

non costituiscono RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

SCHEDA DI POLIZZA: il documento che riporta i dati e le informazioni relative al CONTRAENTE, il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il LIMITE DI INDENNIZZO, il PREMIO ed eventuali dettagli delle garanzie prestate dalla POLIZZA.
La SCHEDA DI POLIZZA forma parte integrante della POLIZZA.
In caso di contrasto, le informazioni contenute nella SCHEDA DI POLIZZA prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.

SINISTRO: la RICHIESTA DI RISARCIMENTO notificata all'ASSICURATO per la prima volta nel corso del PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA (se concessa). Una pluralità di RICHIESTE DI RISARCIMENTO riconducibili allo stesso evento o allo stesso atto, errore o omissione devono intendersi come unico SINISTRO.

TERZO/TERZI: qualsiasi persona fisica e/o giuridica diversa dall'ASSICURATO.

Il termine TERZO esclude il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'ASSICURATO nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive.

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE

1.1	ALLA STIPULA DELLA POLIZZA E' NECESSARIO FORNIRE INFORMAZIONI COMPLETE ED ESAURIENTI: "LE DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO"	Gli ASSICURATORI hanno determinato il PREMIO in base alle dichiarazioni dell'ASSICURATO, il quale è **obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI.** **Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze da parte dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO oppure la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.** **In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, gli ASSICURATORI esercitano il diritto di rivalsa per le somme che hanno dovuto pagare al terzo in conseguenza dell'inopponibilità di eccezioni come previsto dal DM 232/2024.** **Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.**
1.2	COSA FARE E COME OPERA LA POLIZZA IN PRESENZA DI ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE	**Qualora esistano altre assicurazioni da chiunque contratte per lo stesso rischio o per rischi analoghi stipulate per coprire la responsabilità dell'ASSICURATO e/o danni o perdite cagionati dall'ASSICURATO, la POLIZZA opera a 2° rischio e, quindi, per l'eccedenza dei limiti di indennizzo delle altre polizze assicurative, fermo in ogni caso il LIMITE DI INDENNIZZO stabilito nella SCHEDA DI POLIZZA e ferma la FRANCHIGIA applicabile.** L'ASSICURATO è esonerato dall'obbligo di comunicare preventivamente agli ASSICURATORI l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte lo stesso rischio di cui alla POLIZZA. In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO deve darne avviso a tutti gli assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri (come previsto dall'articolo 1910 del Codice Civile) ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto in relazione al rispettivo contratto. **Nel caso in cui la somma di tali richieste superasse l'ammontare della RICHIESTA DI RISARCIMENTO, ciascun assicuratore è tenuto a pagare esclusivamente la quota dovuta in base al proprio contratto, escludendo ogni obbligazione ulteriore e in solido con altri assicuratori.** **L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare per l'ASSICURATO la perdita del diritto all'INDENNIZZO.**
1.3	SE IL PREMIO NON E' PAGATO LA GARANZIA ASSICURATIVA NON OPERA: IL "PAGAMENTO DEL PREMIO"	**Fermi gli effetti sospensivi della copertura in caso di mancato pagamento del PREMIO la POLIZZA ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in SCHEDA DI POLIZZA se il PREMIO o la prima rata di PREMIO sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento (come previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile)**. Se il CONTRAENTE non paga il PREMIO o le rate di PREMIO relative al rinnovo o alla proroga, **la POLIZZA resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze.

Le parti concordano che il mancato pagamento del PREMIO o di rate di PREMIO successive alla prima equivale al mancato pagamento del premio ai sensi dell'art.8, lettera d) del D.M. 232/2023 e comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

1.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla POLIZZA sono a carico del CONTRAENTE.

1.5 COME OPERA LA POLIZZA IN CASO LIMITAZIONI DEL CONTRATTO ASSICURATIVO: FRANCHIGIA

Ai sensi dell'art.8, lettera c) del D.M. 232/2023, la copertura assicurativa è prestata con l'applicazione di FRANCHIGIA indicata in SCHEDA DI POLIZZA.

L'applicazione di FRANCHIGIA impegna comunque gli ASSICURATORI alla gestione del SINISTRO come previsto dall'art. 1, lettera r) del D.M. 232/2023.

1.6 COME SI MODIFICANO I CONTENUTI DELLA POLIZZA: "MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE"

Eventuali modifiche alla POLIZZA o cessioni di diritti ad essa relativi sono **valide ed efficaci solo se accettate per iscritto dagli ASSICURATORI** ed a fronte dell'emissione di una appendice alla POLIZZA.
In ogni caso ogni comunicazione relativa alla POLIZZA deve essere fatta per iscritto.

1.7 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il CONTRAENTE deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni mutamento che comporti un aggravamento del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata indicata nella SCHEDA DI POLIZZA. In tal caso, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile "Aggravamento del Rischio", gli ASSICURATORI hanno il diritto di recedere dalla POLIZZA, oppure di proporre una nuova polizza con differenti condizioni di assunzione del rischio.

Gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO nonché la cessazione della POLIZZA.

1.8 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il CONTRAENTE ha interesse a comunicare agli ASSICURATORI ogni eventuale mutamento che produca una diminuzione del rischio assicurato, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.

Infatti, nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI sono tenuti a ridurre il PREMIO, a decorrere dalla scadenza della rata di PREMIO o dal PREMIO successivi alla comunicazione del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile "Diminuzione del Rischio". Inoltre, gli ASSICURATORI rinunciano al proprio diritto di recesso previsto dal suddetto articolo.

1.9 CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Si conviene che **la presente POLIZZA è disciplinata esclusivamente dalla legge e dalla procedura italiane**. Eventuali controversie derivanti da o in relazione alla presente POLIZZA sono soggette in via esclusiva alla giurisdizione del competente tribunale italiano.

Tutte le chiamate in giudizio, gli atti e gli avvisi relativi a procedure legali tesi ad avviare un procedimento giudiziale in relazione alla presente POLIZZA devono ritenersi correttamente notificati presso:

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
nella persona del Rappresentante per l'Italia
Corso Garibaldi 86 – 20121 Milano

La presente Clausola di Notifica Atti e Giurisdizione non è da intendersi in contrasto con quanto contrattualmente previsto per la risoluzione delle controversie, né la stessa prevale su ogni previsione di POLIZZA volta al componimento delle liti.

1.10	COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA	Qualora la POLIZZA sia stipulata per il tramite di un INTERMEDIARIO iscritto nella Sezione B del R.U.I. (broker) - nel seguito "Il Broker" - con la sottoscrizione della presente POLIZZA, **l'ASSICURATO prende atto e accetta quanto segue:** i. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker si considera effettuata all'ASSICURATO; ii. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker si considera effettuata dall'ASSICURATO; iii. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker e/o all'ASSICURATO si considera effettuata dagli ASSICURATORI; i. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker e/o dall'ASSICURATO si considera effettuata agli ASSICURATORI.
1.11	FORO COMPETENTE	**Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento di premi insoluti** è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DUAL Italia S.P.A. Per tutto quanto non è diversamente regolato nel presente articolo si applica quanto indicato alla CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE.
1.12	LEGGE APPLICABILE	Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente POLIZZA **si applica la legge italiana.**
1.13	MISURE RESTRITTIVE (Sanzioni internazionali)	**Gli ASSICURATORI sono esonerati dall'obbligo di prestare la copertura assicurativa e di indennizzare qualsiasi SINISTRO e comunque ad eseguire qualsiasi prestazione in forza della presente POLIZZA se e nella misura in cui tale copertura, pagamento di INDENNIZZO od esecuzione di tale prestazione esponga gli ASSICURATORI o i loro riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni in base a risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni di natura commerciale od economica in base a leggi o regolamenti di qualunque paese dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.**
1.14	ESLUSIONE DELLA RESPONSABILITA' SOLIDALE DEGLI ASSICURATORI - SEVERAL LIABILITY NOTICE/CLAUSE	**La responsabilità degli ASSICURATORI è disgiunta e non solidale con quella degli altri ASSICURATORI.** **Ogni ASSICURATORE è responsabile per la quota di rischio che ha assunto.** **Ogni ASSICURATORE non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro ASSICURATORE che per qualsiasi motivo non soddisfa in tutto o in parte i suoi obblighi.**

SEZIONE B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

2.1 OGGETTO DELLA POLIZZA

A fronte del pagamento del PREMIO convenuto e alle condizioni tutte di cui alla presente POLIZZA, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ricevuta dall'ASSICURATO relativa a fatti e/o comportamenti colposi commessi con colpa grave dall'ASSICURATO stesso nell'esercizio dell'INCARICO indicato in SCHEDA DI POLIZZA, fino a concorrenza del LIMITE DI INDENNIZZO riportato nella SCHEDA DI POLIZZA.

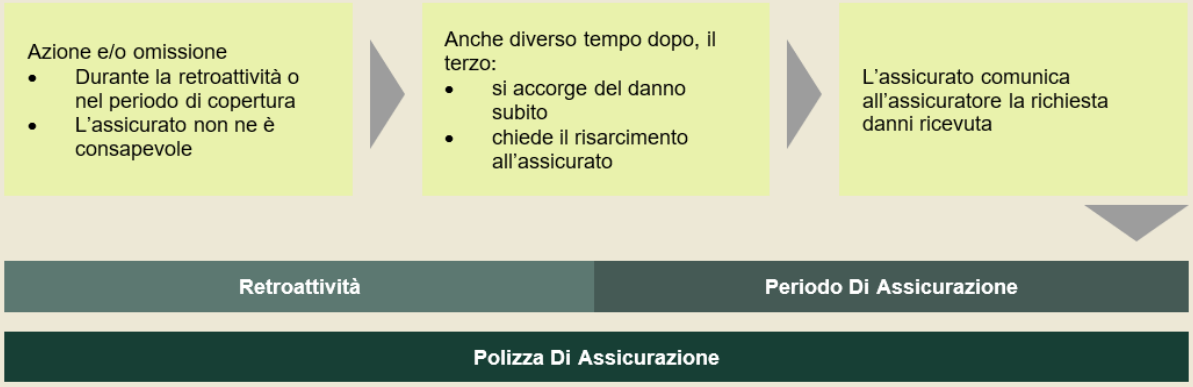
2.2 CLAUSOLA CLAIMS MADE: COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

La POLIZZA è prestata nella forma *Claims Made*, essa pertanto copre i SINISTRI e le RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di TERZI conseguenti ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITA' e avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA (se concessa) e da questi debitamente denunciate agli ASSICURATORI durante i medesimi periodi.

Quando si attiva la polizza e come funziona la clausola *claims made*?

La polizza si attiva al momento della comunicazione dell'assicurato all'assicuratore della richiesta di risarcimento da parte di terzi danneggiati, pertanto le relative garanzie assicurative opereranno anche diverso tempo dopo che l'assicurato abbia commesso l'azione e/o l'omissione colposa, purché:

- l'azione e/o l'omissione colposa non fosse nota al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo
- il contratto abbia retroattività illimitata o comunque più estesa del periodo di polizza.



2.3 LE CIRCOSTANZE

La POLIZZA copre altresì le RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di TERZI conseguenti a CIRCOSTANZE di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza per la prima volta nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché debitamente denunciate agli ASSICURATORI nel medesimo periodo e relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o RETROATTIVITA'.

In particolare, per effetto della comunicazione di una CIRCOSTANZA agli ASSICURATORI nei termini previsti dalla POLIZZA, l'eventuale successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO derivante da o attribuibile a tale CIRCOSTANZA ricade nell'ambito di operatività della POLIZZA anche dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e/o della POSTUMA.

Si precisa che la notifica di una CIRCOSTANZA durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE non attiva le garanzie previste in POLIZZA pertanto gli ASSICURATORI non procedono alla nomina e/o approvazioni di legali e/o periti fino alla ricezione e notifica da parte dell'ASSICURATO nei termini previsti in POLIZZA di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO derivante da o attribuibile a tale CIRCOSTANZA.

Come funziona la copertura delle circostanze?

Se l'assicurato si accorge di aver posto in essere un'azione e/o un'omissione prima ancora di aver ricevuto una richiesta danni da parte del terzo danneggiato, ha la facoltà di comunicarlo in via precauzionale agli assicuratori.

In tal caso la successiva richiesta di risarcimento derivante dall'azione e/o omissione rientrerebbe in garanzia, anche qualora:

- la polizza sia scaduta
- l'assicurato non sia più coperto da analogo contratto assicurativo.

ATTENZIONE: le circostanze note all'assicurato prima della stipula del contratto, e le successive richieste di risarcimento, sono escluse dalla copertura assicurativa.

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima include anche le seguenti garanzie:

3.1.1 ATTIVITA' INTRAMOENIA

Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative ad attività intramoenia, svolta ai sensi di legge in virtù della normativa vigente.

3.1.2 VARIAZIONI DI RISCHIO

Fermo quanto previsto all'articolo AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO, qualora nel corso del PERIODO DI ASSICURAZIONE si verifichi un aggravamento del rischio (ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile) per effetto del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'ASSICURATO presso l'AZIENDA SANITARIA indicata nella SCHEDA DI POLIZZA, l'art. 1898 c.c. non si applicherà e il rischio continuerà a formare oggetto della presente POLIZZA senza alcuna modifica del premio dovuto agli ASSICURATORI.

Cosa si intende per variazioni di rischio

Le variazioni dell'attività dell'assicurato dovute a mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili alla professione non comportano aggravamento di rischio con modifica del premio dovuto dall'assicurato.

Esempio la pratica di medicina estetica non invasiva o mininvasiva da parte del medico odontoiatra prevista dalla Legge del 30.5.2023 n.34 non comporta aggravamento del rischio con modifica del premio dovuto dall'assicurato

3.1.3 INCARICO DI SPECIALIZZANDO PRECEDENTEMENTE SVOLTO

E' incluso in copertura l'INCARICO di MEDICO SPECIALISTA IN FORMAZIONE **svolto dall'ASSICURATO nel PERIODO DI RETROATTIVITA' presso l'AZIENDA SANITARIA o presso altra azienda sanitaria.**

Come opera la copertura dell'incarico di specializzando precedentemente svolto?

Oltre ad essere coperto per l'incarico prevalente indicato nella scheda di polizza, svolto al momento della sottoscrizione del contratto, l'assicurato è coperto anche per l'incarico di medico specialista in formazione precedentemente svolto e cessato durante il periodo di retroattività, prima della data di decorrenza del periodo di assicurazione.

Esempio:

- l'assicurato è medico dirigente (M1) presso l'azienda sanitaria Alfa
- sottoscrive la polizza con retroattività 10 anni
- 7 anni fa ha ricoperto il ruolo di medico specialista in formazione (M3) presso azienda sanitaria Beta
- L'attività svolta presso l'azienda sanitaria Beta è automaticamente coperta dalla polizza.

3.1.4 INCARICHI PRECEDENTEMENTE SVOLTI E CESSATI NELLA RETROATTIVITA'

E' incluso in copertura lo svolgimento del **medesimo INCARICO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e svolto dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI RETROATTIVITA' presso qualsiasi azienda sanitaria.**
La presente garanzia include anche gli INCARICHI **dichiarati dall'ASSICURATO e indicati nella SCHEDA DI POLIZZA che siano cessati successivamente alla data di decorrenza della prima POLIZZA.**

Come opera la copertura degli incarichi precedentemente svolti?

Oltre ad essere coperto per l'incarico prevalente indicato nella scheda di polizza, svolto al momento della sottoscrizione del contratto, l'assicurato è coperto anche per i medesimi incarichi svolti dall'assicurato e cessati durante il periodo di retroattività.

Esempio:

- l'assicurato è medico specialista (MP1) presso l'azienda sanitaria Gamma
- sottoscrive la polizza con retroattività 10 anni
- 7 anni fa ha ricoperto il ruolo di medico specialista (MP1) presso l'azienda sanitaria Omega
- L'attività svolta presso l'azienda sanitaria Omega è automaticamente coperta dalla polizza perché identico a quello svolto dall'assicurato al momento della sottoscrizione del contratto.

3.1.5 INCARICHI ASSUNTI DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE

Sono inclusi in copertura i **nuovi INCARICHI,** purché ricompresi tra quelli previsti nella tabella alla definizione di INCARICO, **assunti dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE**, anche se diversi da quello indicato nella SCHEDA DI POLIZZA ed anche se svolti presso un'azienda sanitaria diversa da quella indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.

Tali nuovi INCARICHI sono automaticamente compresi in copertura fino alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, senza obbligo di emissione di alcuna appendice da parte degli ASSICURATORI, fermo restando quanto previsto all'articolo 6.5 VARIAZIONE INCARICHI E REGOLAZIONE DEL PREMIO.

Fermo restando quando disciplinato all'articolo 6.5 VARIAZIONE INCARICHI E REGOLAZIONE DEL PREMIO.

Come opera la copertura degli incarichi assunti durante il periodo di assicurazione?

Oltre ad essere coperto per l'incarico prevalente indicato nella scheda di polizza, svolto dall'assicurato al momento della sottoscrizione del contratto, l'assicurato è coperto anche per altri incarichi assunti durante il periodo di assicurazione, anche presso un'azienda sanitaria diversa da quella indicata in scheda di polizza presso cui svolge l'attività prevalente.

Esempio:

- l'assicurato è medico specialista (MP1) presso l'azienda sanitaria Alfa
- durante il periodo di assicurazione assume l'incarico di membro del comitato etico (MP3) presso l'azienda sanitaria Beta
- l'attività svolta presso l'azienda sanitaria Beta è coperta dalla polizza fino al termine del periodo di assicurazione; successivamente sarà coperta esclusivamente ai termini ed alle condizioni di cui all'art.6.5 VARIAZIONE INCARICHI E REGOLAZIONE DEL PREMIO.

3.1.6 ATTIVITA' DI PRIMO SOCCORSO DEONTOLOGICO

E' inclusa in copertura la responsabilità civile dell'ASSICURATO iscritto all'Ordine dei Medici per DANNI CORPORALI derivanti da interventi di primo soccorso compiuti dall'ASSICURATO per motivi deontologici.
La presente garanzia opera a condizione che il CONTRAENTE o l'ASSICURATO agiscano giudizialmente nei confronti degli autori materiali del fatto e di coloro che hanno concorso ad agevolarlo.

4. CONDIZIONI OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Le garanzie che seguono operano solo ed esclusivamente se richiamate nella SCHEDA DI POLIZZA.

4.1 INCARICHI DIVERSI PRECEDENTEMENTE SVOLTI E CESSATI NELLA RETROATTIVITA'

Sono inclusi in copertura gli **INCARICHI diversi da quello prevalente dichiarato dall'ASSICURATO, purché indicati in SCHEDA DI POLIZZA e ricompresi tra quelli previsti nella tabella alla definizione di INCARICO, precedentemente svolti dall'ASSICURATO nel PERIODO DI RETROATTIVITA' presso l'AZIENDA SANITARIA o presso altra azienda sanitaria e cessati prima della decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**

Come opera la copertura degli incarichi diversi precedentemente svolti e cessati nella retroattività?

Oltre ad essere coperto per l'incarico prevalente indicato nella scheda di polizza, svolto al momento della sottoscrizione del contratto, l'assicurato è coperto anche per incarichi diversi precedentemente svolti durante il periodo di retroattività presso qualsiasi azienda sanitaria e cessati prima della decorrenza del periodo di assicurazione.

Esempio:

- l'assicurato è direttore sanitario (M5) presso l'azienda sanitaria Alfa
- sottoscrive la polizza con retroattività 10 anni
- 3 anni fa ha ricoperto il ruolo di dirigente medico (M1) presso la stessa azienda sanitaria Alfa
- 7 anni fa ha ricoperto il ruolo di medico convenzionato (M2) presso l'azienda sanitaria Beta
- l'attività di dirigente medico (M1) svolta presso le aziende sanitarie Alfa e l'attività di medico convenzionato (M2) presso l'azienda sanitaria Beta è coperta dalla polizza purché tali incarichi siano stati dichiarati nel modulo di raccolta dati e sia stato pagato il relativo premio

4.2 PLURALITA' DI INCARICHI IN CORSO

E' incluso in copertura lo svolgimento di INCARICHI diversi da quello prevalente dichiarato dall'ASSICURATO, indicati in SCHEDA DI POLIZZA purché ricompresi tra quelli previsti nella tabella alla definizione di INCARICO, svolti dall'ASSICURATO alla data di decorrenza della POLIZZA presso l'AZIENDA SANITARIA o presso qualsiasi altra azienda sanitaria.

Come opera la copertura pluralità di incarichi?

Oltre ad essere coperto per l'incarico prevalente indicato nella scheda di polizza, l'assicurato è coperto anche per tutti gli incarichi, che rientrano tra quelli indicati nella tabella alla definizione di incarico, che lo stesso svolge presso l'azienda sanitaria indicata in scheda di polizza o presso qualsiasi altra azienda sanitaria.

Esempio:

- l'assicurato è dirigente medico (M1) presso l'azienda sanitaria Alfa
- l'assicurato svolge anche l'attività di membro del comitato etico (M4) presso l'azienda sanitaria Beta
- l'assicurato svolge anche l'attività di direttore sanitario (M5) presso l'azienda sanitaria Gamma
- L'attività che l'assicurato svolge presso le aziende sanitaria Beta e Gamma è coperta dalla polizza purché sia stata dichiarata nel modulo di raccolta dati e sia stato pagato il relativo premio..

SEZIONE C – QUANDO LA POLIZZA NON OPERA, CESSA O SI RINNOVA

5. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"

La POLIZZA non copre i SINISTRI e/o le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino su, che traggano origine da, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza di, o che comunque riguardino:

5.1	**FATTI NOTI**	i. SINISTRI e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate nei confronti dell'ASSICURATO prima della data di inizio del PERIODO DI ASSICURAZIONE, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; ii. CIRCOSTANZE e/o FATTI NOTI, come definiti in POLIZZA.
5.2	**RICHIESTE DI RISARCIMENTO GIÀ NOTIFICATE**	SINISTRI e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO denunciati agli ASSICURATORI in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori.
5.3	**ATTIVITA' DIVERSE NON CORRELATE ALL'INCARICO**	eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa e/o di attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni derivanti dall'INCARICO, salvo quanto diversamente previsto dall'articolo SOCCORSO DEONTOLOGICO.
5.4	**ATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI**	i. azioni od omissioni commesse dall'ASSICURATO con dolo; ii. qualsiasi atto fraudolento.
5.5	**ATTIVITA' ABUSIVE**	attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento dello svolgimento delle attività.
5.6	**ASSICURATO PRIVO DI ABILITAZIONE**	fatti dannosi o comportamenti colposi posti in essere dall'ASSICURATO privo delle abilitazioni e/o autorizzazioni all'esercizio dell'attività e/o della professione previste dalla normativa vigente o la cui abilitazione e/o autorizzazione sia stata negata, sospesa cancellata o revocata dalle autorità competenti. In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa in relazione agli eventi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO. La POLIZZA mantiene la sua efficacia rispetto alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di sospensione, cancellazione, revoca.

5.7	**ASSICURATO NON ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE, SOSPESO, RADIATO O LICENZIATO**	fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dall'ASSICURATO che, per qualunque motivo: i. si è cancellato dall'Ordine Professionale, oppure ii. è stato cancellato, sospeso o radiato dall'Ordine Professionale, oppure iii. è stato licenziato per giusta causa. In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa: i. in relazione ai fatti commessi dall'ASSICURATO successivamente alla data di cancellazione; ii. in relazione ai fatti commessi dall'ASSICURATO successivamente alla data in cui la decisione di sospenderlo, radiarlo è stata deliberata; iii. in relazione ai fatti commessi dall'ASSICURATO successivamente alla data in cui il licenziamento ha effetto senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO. La POLIZZA mantiene la sua efficacia rispetto a SINISTRI e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite a fatti commessi dall'ASSICURATO prima della data di cancellazione, sospensione, radiazione, licenziamento, purché l'ASSICURATO abbia dato avviso agli ASSICURATORI entro 7 giorni dalla data di cancellazione, di efficacia della delibera e/o del licenziamento consegnando copia della relativa documentazione. Sono altresì escluse le ATTIVITA' DI PRIMO SOCCORSO DEONTOLOGICO compiuto dall'ASSICURATO successivamente alla cancellazione, sospensione o radiazione dall'Ordine professionale.
5.8	**EVENTI ESTERI**	i) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere al di fuori dell'AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA, come regolato all'art. 8; ii) SINISTRI e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO che diano origine ad azioni promosse al di fuori del territorio italiano fatto salvo quanto previsto all'art. 8 AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA.
5.9	**CONSENSO INFORMATO**	danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici
5.10	**USO DI FARMACI PER SCOPI NON TERAPEUTICI**	danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'ASSICURATO.
5.11	**MANCATA RISPONDENZA INTERVENTI DI CHIRURGIA ESTETICA**	la pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'ASSICURATO.
5.12	**VIOLAZIONE SEGRETO PROFESSIONALE**	la violazione dell'obbligo del segreto professionale. danni
5.13	**RAPPORTI DIVERSI / RESPONSABILITA' CONTRATTUALE**	rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra medico e paziente.
5.14	**FUNZIONI AMMINISTRATIVE DIRIGENZIALI**	SINISTRI e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO originati o connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, direttivo, organizzativo, dirigenziale, aziendale o comunque non propriamente attinenti all'INCARICO oggetto di copertura;

5.15 **MOBBING, MOLESTIE, VIOLENZE E ABUSI**

ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona.

5.16	**MULTE, AMMENDE E/O SANZIONI DIRETTE**	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).
5.17	**DANNI A COSE O ANIMALI IN CUSTODIA**	danni alle cose mobili e immobili (compresi gli animali) che l'ASSICURATO abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo. L'esclusione non opera per gli animali se l'INCARICO svolto dall'ASSICURATO è medico veterinario.
5.18	**FURTO, INCENDIO, ESPLOSIONE E SCOPPIO**	perdite o danni conseguenti a furto o danneggiamento a cose inclusi animali causato da incendio, da esplosione o da scoppio. L'esclusione non opera per gli animali se l'INCARICO svolto dall'ASSICURATO è medico veterinario.
5.19	**CIRCOLAZIONE**	la proprietà, il possesso, la circolazione di veicoli a motore, nonché l'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'INCARICO svolto dall'ASSICURATO.
5.20	**INQUINAMENTO**	inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale.
5.21	**AMIANTO**	l'uso di amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto o l'uso di muffe tossiche da parte dell'ASSICURATO o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'ASSICURATO esercita la professione.
5.22	**RADIAZIONI, CONTAMINAZIONI E/O SCORIE NUCLEARI**	esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure a radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'INCARICO svolto dall'ASSICURATO.
5.23	**GUERRA, ATTI TERRORISTICI**	guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare, o ATTI TERRORISTICI. Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa perdite, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto sopra indicato e comunque a ciò relativo.
5.24	**INGIURIA E DIFFAMAZIONE**	RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da ingiuria o diffamazione.
5.25	**MUFFE E LEGIONELLA**	danni conseguenti a legionella e/o muffe.
5.26	**RISCHIO INFORMATICO – CYBER RISK**	danni conseguenti ad attacco informatico e/o azione, errore, omissione, negligenza, violazione colposa di doveri, che abbia determinato una violazione del sistema informatico dell'AZIENDA SANITARIA, danni.
5.27	**LIBERA PROFESSIONE**	danni conseguenti a prestazioni professionali rese dall'ASSICURATO come libero professionista fuori dai locali dell'azienda sanitaria oppure avvalendosi dell'AZIENDA SANITARIA - dietro specifico accordo ma non in veste di DIPENDENTE e/o MEDICO STRUTTURATO - nell'adempimento di un'autonoma obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente.
5.28	**COVID**	da qualsiasi responsabilità, derivante da o connessa a, o in qualsiasi modo coinvolgente direttamente o indirettamente: a) qualsiasi trasmissione di malattie da coronavirus (COVID -19)

b) qualsiasi trasmissione di sindrome acuta respiratoria coronavirus 2 (SARS-CoV-2)
c) qualsiasi trasmissione di qualsiasi mutazione o variazione di COVID -19 o SARS-CoV-2
d) qualsiasi paura o minaccia, reale o percepita, di a), b) o c) di cui sopra
e) qualsiasi razionamento o rifiuto di cure mediche per controllare, prevenire, sopprimere, attenuare o in qualsiasi modo correlato a uno qualsiasi dei punti a), b) o c) di cui sopra

La presente esclusione non si applica al trattamento di pazienti infettati da coronavirus (COVID-19)

6. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA

6.1	CESSAZIONE	Salva l'applicazione della POSTUMA ove prevista, **la copertura assicurativa cessa** se durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE **l'attività professionale dell'ASSICURATO cessa per:** **i. libera volontà, pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere;** **ii. applicazione della sanzione disciplinare di radiazione dall'Ordine professionale;** **licenziamento per giusta causa come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari applicabili.** Nei casi sopraindicati la POLIZZA copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate agli ASSICURATORI dopo la data di cessazione dell'attività o di cancellazione dall'Ordine o di licenziamento fino alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, **ma esclusivamente in relazione ad eventi errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di cessazione, cancellazione o licenziamento.**
6.2	DIRITTO DI RECESSO	Gli ASSICURATORI rinunciano all'esercizio del diritto di recesso salvo che prima della scadenza della POLIZZA si verifichi più di un SINISTRO che comporti il pagamento dell'INDENNIZZO e sia accertata con sentenza definitiva una condotta gravemente colposa dell'ASSICURATO.
6.3	RICHIESTE DI RISARCIMENTO FRAUDOLENTE - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA	Qualora l'ASSICURATO presenti o provochi dolosamente un SINISTRO o una RICHIESTA DI RISARCIMENTO falsa o fraudolenta, rappresenti dolosamente una falsa ed eccessiva quantificazione del danno e/o dichiari fatti non rispondenti al vero, produca documenti falsi, occulti prove, ovvero agevoli illecitamente gli intenti fraudolenti di terzi, **perde il diritto ad ogni INDENNIZZO e la POLIZZA è automaticamente risolta senza alcuna restituzione di PREMIO**, **fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro l'ASSICURATO per INDENNIZZI già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.**
6.4	PROCEDURE DI RINNOVO	**In mancanza di disdetta inviata secondo le modalità di seguito indicate entro e non oltre 60 giorni prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE,** la POLIZZA, di durata non inferiore ad un anno, **si rinnova tacitamente di anno in anno.** La disdetta può essere spedita alternativamente: i. mediante raccomandata A/R, inviata all'INTERMEDIARIO o a DUAL ITALIA SPA (fa fede la data del timbro postale); ii. direttamente dal CONTRAENTE a DUAL ITALIA SPA tramite PEC all'indirizzo disdette@legalmail.it
	LIMITI DI APPLICAZIONE	Il tacito rinnovo non si applica nel caso in cui: i. l'assicurato cessi la professione di farmacista. ii. l'assicurato assuma l'incarico di Medico Strutturato (MP5); iii. il numero complessivo degli INCARICHI sia superiore a 2.

DEL
TACITO RINNOVO

Al verificarsi di uno solo dei casi sopra indicati l'ASSICURATO deve inviare una nuova richiesta di quotazione agli ASSICURATORI, sulla base della quale sono valutati i nuovi termini di rinnovo. In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base degli INCARICHI noti agli ASSICURATORI fermo restando che in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO incorre nella riduzione parziale o totale del diritto all'INDENNIZZO.

Il tacito rinnovo non si applica nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa:

i. l'AZIENDA SANITARIA sia in stato d'insolvenza e/o venga ammessa a procedure concorsuali, ivi compresa l'amministrazione controllata e/o straordinaria e/o la liquidazione coatta amministrativa;
ii. l'AZIENDA SANITARIA venga posta in liquidazione volontaria.

Al verificarsi di uno solo dei casi sopra indicati l'ASSICURATO deve dare immediata comunicazione scritta agli ASSICURATORI entro la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, tramite l'INTERMEDIARIO, inviando una nuova richiesta di quotazione sulla base della quale gli ASSICURATORI valutano gli eventuali termini del rinnovo.

In caso di omessa comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base è rinnovata sulla base delle ultime informazioni note agli ASSICURATORI e in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO incorre nella riduzione parziale o totale del diritto all'INDENNIZZO.

6.5 VARIAZIONE INCARICHI E REGOLAZIONE PREMIO

Nel caso in cui durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE l'assicurato cambi l'INCARICO, lo stesso deve **darne comunicazione per iscritto agli ASSICURATORI entro 90 giorni dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**
Gli ASSICURATORI emettono apposita appendice di integrazione del PREMIO.

In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base degli INCARICHI noti agli ASSICURATORI. Gli incarichi non noti e non comunicati non saranno coperti.

Come opera la polizza se intervengono variazioni degli incarichi?

Se gli incarichi variano durante il periodo di assicurazione il nuovo incarico è coperto fino alla scadenza del periodo di assicurazione in cui è stato assunto. L'assicurato deve comunicare l'avvenuta variazione entro 90 giorno dalla scadenza del periodo di assicurazione con conseguente necessità di regolazione del premio di rinnovo.

Esempio 1:

- l'assicurato è dirigente medico (M1) presso l'azienda sanitaria Alfa
- assume l'incarico di componente del comitato etico (M4)
- il tacito rinnovo si applica: l'assicurato deve dare comunicazione della variazione entro 90 giorni dopo la scadenza del periodo di assicurazione e gli assicuratori emettono appendice di regolazione del premio

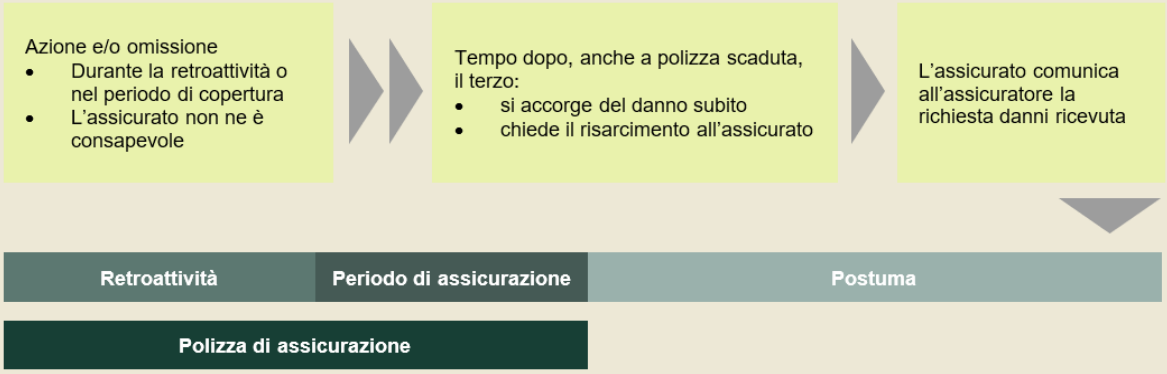
7. LA POSTUMA

7.1	POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITA' O DECESSO	In caso di cessazione dell'INCARICO avvenuta durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE per: i. decesso dell'ASSICURATO; ii. cessazione definitiva dell'attività medico sanitaria **per qualsiasi causa incluso pensionamento o per incapacità d'intendere e di volere** si attiva, dietro pagamento di un PREMIO aggiuntivo, una POSTUMA della durata di 10 anni a far data dalla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE. Ai fini dell'operatività della POSTUMA l'ASSICURATO, il suo erede o tutore deve: i. inviare comunicazione scritta agli ASSICURATORI entro e non oltre 30 giorni della scadenza del PERIODO ODI ASSICURAZIONE. ii. pagare il PREMIO aggiuntivo determinato come segue: assicurato da 1 anno 500% del PREMIO assicurato da 2 anni 450% del PREMIO assicurato da 3 anni 400% del PREMIO assicurato da 4 anni 350% del PREMIO assicurato da 5 anni 300% del PREMIO La garanzia POSTUMA si intende estesa agli eredi o successori o tutori dell'ASSICURATO, alle condizioni e nei termini ivi previsti.
7.2	LIMITI DI APPLICAZIONE DELLA POSTUMA	**La POSTUMA non si attiva o cessa con effetto immediato se:** i. non è stato corrisposto il PREMIO relativo alla POLIZZA in corso al momento della cessazione ii. l'ASSICURATO, o il suo erede o il tutore, acquista la POSTUMA presso un diverso assicuratore; iii. L'ASSICURATO riprende ad esercitare la professione medico sanitaria e stipula con i medesimi ASSICURATORI o con altri assicuratori una polizza a copertura della responsabilità derivante dall'esercizio della professione. **Il LIMITE DI INDENNIZZO, indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nella POSTUMA, non può superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA** in vigore al momento della cessazione. **Durante la POSTUMA, l'ASSICURATO l'erede e /o tutore deve comunque attenersi a quanto disciplinato alla Sezione D - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO che segue.**

Come funziona la postuma?

Nel caso di cessazione definitiva dell'attività è prevista, premio pagamento del relativo premio, una ua postuma della durata di 10 anni, che tuteli l'assicurato da richieste di risarcimento pervenute durante tale periodo e relative ad azioni e/o omissioni commessi durante la decorrenza del contratto o durante il periodo di retroattività.

Pertanto l'assicurato, se la postuma è operante, mantiene attiva la copertura assicurativa anche a polizza scaduta.



8. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

La POLIZZA copre, subordinatamente ai termini, limiti, condizioni ed esclusioni ivi previsti, **i SINISTRI e le RICHIESTE DI RISARCIMENTO originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi Stati Uniti d'America, Canada, Russia, Ucraina, Bielorussia e i territori sotto la loro giurisdizione** su incarico dell'AZIENDA SANITARIA indicata in SCHEDA DI POLIZZA.

Si precisa che, in caso di SINISTRO e/o RICHIESTE di RISARCIMENTO che abbiano dato luogo a procedimenti giudiziari, l'assicurazione di cui alla presente **POLIZZA opera limitatamente alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate innanzi all'autorità giudiziaria della Repubblica Italiana** od oggetto di decisioni rese da autorità giudiziarie straniere e riconosciute in Italia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Gli ASSICURATORI pertanto non sono obbligati per RICHIESTE DI RISARCIMENTO fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

SEZIONE D - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

9. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA

9.1 COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI

L'ASSICURATO - **a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO** - deve dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, **comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza in forma certa di**:

i. Qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO a lui presentata durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA (ove prevista);
ii. Qualsiasi CIRCOSTANZA di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE.

Relativamente al punto ii., se tale comunicazione viene effettuata dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente è considerata dagli ASSICURATORI come effettuata nel PERIODO DI ASSICURAZIONE.

L'inchiesta giudiziaria ed il procedimento penale promossi contro l'ASSICURATO in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituiscono una RICHIESTA DI RISARCIMENTO ai sensi di POLIZZA e non devono, pertanto, essere notificati.

L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di CIRCOSTANZA, e/o RICHIESTA DI RISARCIMENTO può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO ovvero la riduzione dell'INDENNIZZO liquidabile secondo quanto previsto all'art. 1915 c.c.

9.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'ASSICURATO non deve ammettere responsabilità in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o SINISTRI, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese **senza il consenso scritto degli ASSICURATORI.**

I legali e i periti scelti dall'ASSICURATO per la gestione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO **devono essere preventivamente approvati dagli ASSICURATORI**.

La denuncia di CIRCOSTANZA o di SINISTRO 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 i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al SINISTRO, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.
L'ASSICURATO deve fornire agli ASSICURATORI tutte le informazioni e deve cooperare così come gli ASSICURATORI possono ragionevolmente richiedere.

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, **l'ASSICURATO si impegna a non pregiudicare la posizione degli ASSICURATORI od i diritti di rivalsa/ surrogazione dei medesimi**.

9.3 GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Gli ASSICURATORI non possono definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto dell'ASSICURATO.

Qualora l'ASSICURATO rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e scelga di impugnare o continuare i procedimenti giudiziari in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo risarcitorio degli ASSICURATORI per tale RICHIESTA DI RISARCIMENTO non può eccedere l'importo con cui la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi COSTI E SPESE maturati con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, e comunque **non oltre il LIMITE DI INDENNIZZO o il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO ove previsto**.

Nel caso in cui una RICHIESTA DI RISARCIMENTO risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia coperto o meno dalla POLIZZA. Sulla base di questo accordo, gli ASSICURATORI indennizzano la parte della PERDITA assicurata.

Gli ASSICURATORI assumono **fino a quando ne hanno interesse** la gestione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO sia in sede giudiziale che stragiudiziale a nome dell'ASSICURATO, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'ASSICURATO stesso. La notifica di una CIRCOSTANZA non obbliga gli ASSICURATORI a farsi carico di COSTI e SPESE.

I COSTI E SPESE, come previsto all'articolo 1917 del Codice Civile, **sono dovuti nei limiti del 25% del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e sono corrisposti in aggiunta allo stesso**.

COSTI e SPESE per professionisti ai sensi della presente POLIZZA **non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili**, parametrati sulla RICHIESTA DI RISARCIMENTO e, se superiore, sul LIMITE DI INDENNIZZO, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.

Detti COSTI E SPESE non sono soggetti all'applicazione di alcuna FRANCHIGIA. Non sono considerate COSTI E SPESE le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli ASSICURATORI.

Gli ASSICURATORI **non riconoscono le spese sostenute dall'ASSICURATO per legali o tecnici o consulenti che non siano stati incaricati e/o approvati** dagli ASSICURATORI **e non rispondono di multe o ammende comminate all'ASSICURATO e delle spese legali e/o peritali dei procedimenti penali.**

Valutata la PERDITA, verificata l'operatività della POLIZZA e ricevuta la necessaria documentazione, **gli ASSICURATORI provvedono al pagamento di quanto loro compete entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di liquidazione consensuale tra le parti debitamente firmato.**

9.4	COSA SUCCEDE QUANDO GLI ASSICURATORI PAGANO L'INDENNIZZO IN BASE ALLA POLIZZA: LA SURROGAZIONE	Per ogni pagamento sia a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute, effettuato a termini della presente POLIZZA gli ASSICURATORI si surrogano nei diritti dell'ASSICURATO verso i terzi responsabili fino alla concorrenza delle somme pagate. In tal caso, l'ASSICURATO deve firmare tutti i necessari documenti e deve fare tutto quanto è necessario per non pregiudicare tali diritti, ivi inclusa la sottoscrizione degli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire legalmente in luogo dell'ASSICURATO. In caso di responsabilità solidale dell'ASSICURATO con altri soggetti, gli ASSICURATORI rispondono di tutto quanto dovuto dall'ASSICURATO, fermo il diritto di regresso/surrogazione nei confronti degli altri obbligati in via solidale.

Il presente documento è aggiornato al mese di Ottobre 2024