

ASSICURAZIONE della RESPONSABILITÀ CIVILE del MEDICO OSPEDALIERO DIPENDENTE DEL SSN

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

Si vedano gli articoli 4, 7, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

1.1 di esercitare tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di medico, o di soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni e le attività indicate nel Modulo di Proposta, in relazioni alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;

1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico, alle dipendenze della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza;

1.3 di non essere a conoscenza di fatti e/o circostanze che abbiano determinato o che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento da parte di Terzi, in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione oppure di essere a conoscenza di fatti e/o circostanze indicati nel Modulo di Proposta, che abbiano determinato o che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento da parte di Terzi.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere indennizzato dall'Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione medesima (artt. 1892 e 1893 c.c.). Ai fini dell'applicazione degli artt. 1892 e 1893 c.c. saranno considerate esclusivamente le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel Modulo di Proposta.

Articolo 3 DEFINIZIONI

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

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's di Londra.
Assicurato	il soggetto che svolge o ha svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta.
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati.
Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza, Aon S.p.A. Via A. Ponti 8/10 - 20143 Milano - RUI B000117871.
Comunicazione Formale	la lettera protocollata della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza inviata personalmente all'Assicurato.
Contraente	il medico, regolarmente iscritto all'Albo, od il soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta, che sottoscrive la Polizza.

Corrispondente dei Lloyd's	AON S.p.A..
Danno	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza.
Comportamento Colposo	il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze.
Lloyd's Coverholder	Furness Underwriting Limited.
Loss Adjuster	il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri.
Massimale	la somma massima, indicata nella scheda di copertura, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e/o dei Fatti e/o delle Circostanze e delle persone danneggiate.
Mese di Riferimento	mese di perfezionamento della sottoscrizione della Polizza e di decorrenza del primo Periodo di Assicurazione.
Modulo di Proposta	modulo per mezzo del quale il Contraente manifesta la volontà di stipulare la Polizza.
Scheda di Copertura	il documento che attesta la stipulazione della Polizza da parte dell'Assicurato, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo della Polizza medesima.
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 nel Scheda di Copertura, fermo quanto previsto dall'art 10 del presente documento. Successivamente al primo Periodo di Assicurazione, il Periodo di Assicurazione stesso corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo dell'Assicurazione.
Periodo di Efficacia:	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.
Polizza	il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta ed alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze	quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> i. la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali; ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre; iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione; iv. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;

- v. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vi. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- vii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;
- viii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico.
- ix. il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione

Non è considerata Comunicazione Formale della Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza la richiesta di relazione tecnico-sanitaria.

Sinistro

la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza

l'ospedale, l'istituto, o altro stabilimento sanitario, facente capo al sistema sanitario pubblico, presso il quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività.

Terzo

ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- i. il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- ii. i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico; tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni del sistema stesso quali pazienti.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

L'Assicurazione è prestata nella forma «*claims made*», ossia è destinata a tenere indenne l'Assicurato in relazione alle Richieste di Risarcimento e/o ai Fatti e/o alle Circostanze inoltrati per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciati agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro può esser loro denunciato.

La data di retroattività corrisponde al giorno indicato nella scheda di copertura.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto ed alle condizioni tutte di cui alla presente Assicurazione, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «*claims made*» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, con accertamento della colpa grave dell'Assicurato.

L'Assicurazione è operante con riferimento allo svolgimento di tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di medico, o di soggetto che svolge una delle altre attività indicate nel Modulo di Proposta, che eserciti o abbia esercitato l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza. Fermo il disposto del paragrafo

precedente, l'Assicurazione è operante anche per l'attività professionale *intramoenia* esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti.

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

Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione è operante per le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze originate da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea e della Svizzera. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7 ESCLUSIONI

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

- a. i Sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni;
- b. le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura.

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

- d. riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività professionale *intramoenia* ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- e. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- f. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- g. in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- h. fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- i. per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato;
- j. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- k. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- l. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- m. 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);
- n. relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- o. relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- p. relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- q. 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;
- r. conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- s. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- t. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;

- U. per perdite patrimoniali che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale non propriamente attinenti all'attività professionale di medico, da qualunque carica le medesime funzioni siano esperite.

Articolo 8 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

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

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà, per ottenuta specializzazione, ove l'Assicurato decida di non intraprendere l'attività professionale per la quale è stata conseguita la specializzazione, oppure per pensionamento, ovvero a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere esclusa pertanto ogni altra ragione, come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di Assicurazione operanti in quel momento, per i 2 (due) anni successivi, senza nessun Premio aggiuntivo. L'Assicurazione, pertanto, resta operante per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 2 (due) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale convenuto, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

Trascorsi 30(trenta) giorni dal termine della durata dell'estensione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e nessun Sinistro potrà essere loro denunciato, salvo che l'Assicurato decida di sottoscrivere nuovamente l'Assicurazione in qualità di personale in quiescenza o cessato.

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

Articolo 10 CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurando sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Proposta (articolo 1 e 2).

Le parti concordano che le attività di:

1. Registrazione dei propri dati personali;
2. Elaborazione dell'indicazione di premio;
3. Accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di premio ed al sistema di preventivazione online.

costituiscono invito a stipulare il contratto di Assicurazione rivolto dall'Assicurando agli Assicuratori. Il contratto di Assicurazione si intende concluso nel momento della ricezione da parte dall'Assicurando della conferma di copertura scritta da parte degli Assicuratori.

Il primo Periodo di Assicurazione decorre dal giorno indicato nella Scheda di Copertura, se il premio risulta corrisposto entro i 5 giorni lavorativi successivi alla ricezione della conferma di copertura scritta inviata dagli assicuratori e termina alle ore 24:

- a) del giorno 15 del mese corrispondente al Mese di Riferimento dell'anno successivo, per le Polizze la cui data di decorrenza del primo Periodo di Assicurazione è compresa tra il giorno 1 (uno) ed il giorno 15 (quindici) del Mese di Riferimento;
- b) dell'ultimo giorno del mese corrispondente al Mese di Riferimento dell'anno successivo, per le Polizze la cui data di decorrenza del primo Periodo di Assicurazione è compresa tra il giorno 16 (sedici) e l'ultimo giorno del Mese di Riferimento.

Tuttavia, se il Premio risulta corrisposto successivamente ai 5 giorni lavorativi successivi alla ricezione della conferma di copertura scritta inviata dagli assicuratori, l'Assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 11 RECESSO PER RIPENSAMENTO

Il Contraente ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, per il tramite del Broker. Il termine che precede decorre dal giorno dalla ricezione, da parte del Contraente, della Scheda di Copertura.

Qualora il Contraente eserciti il diritto di recesso per ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del Premio versato (incluse le imposte).

Articolo 12 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (art. 1897 c.c.) o un aggravamento (art. 1898 c.c.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le disposizioni del Codice Civile non si applicano e l'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, come diminuito o aggravato senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.

Qualora la variazione del rischio comporti un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso diversa categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di Premio, l'Assicurazione prosegue senza alcuna variazione di Premio (in aumento o diminuzione), né limitazione fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo restando l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

Articolo 13 MODALITA' DEL RINNOVO – RESCINDIBILITÀ ANNUALE

Il contratto s'intende rinnovato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 10.

Il rinnovo è però condizionato al ricorrere delle seguenti condizioni :

1. che alla predetta data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori, oppure di fatti o circostanze che possano causare sinistri rientranti in questa assicurazione;
2. che l'attività professionale dichiarata nel Modulo di Proposta allegato a questo Certificato non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da questi espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora una o entrambe le condizioni suddette non corrisponda a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza; in caso di comunicazione tardiva gli Assicuratori si riservano di procedere alla risoluzione del contratto ed alla restituzione del premio ove lo stesso sia già stato corrisposto.

Qualora la comunicazione venga inoltrata nei termini previsti, gli Assicuratori, per il tramite del broker e nel termine di 5 (cinque) giorni dalla ricezione della dichiarazione da parte dell'Assicurato, avranno diritto di confermare il rinnovo oppure di annullarlo con restituzione del premio, se questo è già stato riscosso, oppure di concordare con l'Assicurato diversi termini di rinnovo del contratto. In caso di accettazione del rischio da parte degli Assicuratori a diverse condizioni di Premio, l'Assicurato ha a disposizione ulteriori 5 (cinque) giorni dalla ricezione dell'offerta da parte degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle nuove condizioni di polizza, attraverso il pagamento del premio maggiorato o della maggiorazione del premio qualora il pagamento dello stesso sia già stato effettuato. In caso di mancata accettazione da parte dell'Assicurato, gli Assicuratori provvederanno alla restituzione del premio già corrisposto.

Entrambe le condizioni 1 e 2 che precedono s'intendono tacitamente confermate se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti.

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 mediante lettera raccomandata o a mezzo fax da inviare per il tramite del Broker all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Articolo 14 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web del Broker deve pervenire agli Assicuratori entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti 1), 2), 3) dell'Articolo 10.

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

- A) Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Proposta di cui ai punti 1), 2) e 3) dell'Articolo 10.
- B) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Proposta
- C) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Proposta
- D) Assenza di domande inevase
- E) Dichiarazione dell'Assicurato di NON essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Proposta, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze.

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

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a secondo rischio, ossia solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale indicato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura.

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

Articolo 17 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

Ferma ed invariata la definizione di Sinistro, l'omessa Denuncia di Sinistro entro i 30 (trenta) giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze estranea alla presente Assicurazione.

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a fare Denuncia di Sinistro scritta agli Assicuratori, sempre per il tramite del Broker, di ogni Richiesta di Risarcimento e/o Fatto e/o o Circostanza da cui possano derivare Danni. Tale Denuncia di Sinistro, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune circa i motivi per cui si prevede che possa essere presentata una Richiesta di Risarcimento, nonché tutti i dettagli relativi alle date ed alle persone coinvolte, è a tutti gli effetti considerata Sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, sia denunciato un Sinistro, qualsiasi successiva Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivante dal medesimo Comportamento Colposo già denunciato con Sinistro precedentemente trasmesso agli Assicuratori è considerata come Sinistro denunciato agli Assicuratori alla data in cui è stata trasmesso il primo Sinistro.

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

Articolo 18 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato, in aggiunta al Massimale stabilito riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, ma entro il limite del 25% (venticinque per cento) del Massimale medesimo, le spese legali sostenute dall'Assicurato nella propria difesa in caso di Sinistro.

Resta comunque facoltà degli Assicuratori di assumere, 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 ed avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali, tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato, né delle spese di giustizia penale.

Articolo 19 SURROGAZIONE

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

Articolo 20 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA

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

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

Articolo 21 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione

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

E' convenuto pertanto che:

- 1) ogni comunicazione fatta al Broker si considererà come fatta al Contraente/Assicurato;
- 2) ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Articolo 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, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

L'ASSICURATO

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 e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questo Certificato:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Articolo 7	Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 7.a)
Articolo 10	Conclusione e durata dell'Assicurazione
Articolo 13	Modalità del rinnovo – Rescindibilità annuale
Articolo 14	Clausola risolutiva del contratto di Assicurazione
Articolo 16	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Articolo 17	Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 21	Clausola Broker