

---

# Lloyd's Insurance Company S.A. Certificato

---

L'assicuratore del presente contratto assicurativo è Lloyd's Insurance Company S.A.

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società a responsabilità limitata belga (*société anonyme / naamloze vennootschap*) con sede legale in Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio, e registrata presso la Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con il numero 682.594.839 RLE (Bruxelles). È una società assicurativa soggetta alla supervisione della Banca Nazionale del Belgio. Il numero, o i numeri, di registrazione dell'impresa e altre informazioni sono disponibili su [www.nbb.be](http://www.nbb.be). Sito web: [lloyds.com/brussels](http://lloyds.com/brussels). E-mail: [enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com](mailto:enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com).

Il presente certificato è rilasciato da Lloyd's Insurance Company S.A., con sede legale in Italia in Corso Garibaldi 86, 20121 Milano e registrata presso la Camera di Commercio di Milano con il numero **REA MI-2540259**. Codice fiscale **10548370963**. E-mail: [informazioni@lloyds.com](mailto:informazioni@lloyds.com). Tel: +39 02 6378 881.

Tipo di contratto: (vedi testo di polizza)

Nome del prodotto: (vedi testo di polizza)

Versione del testo della polizza: (vedi testo di polizza)

**SCHEDA**

Lloyd's Insurance Company S.A.  
 Corso Garibaldi 86, Milan 20121  
 Registrazione presso la camera di commercio: REA MI-2540259  
 Codice fiscale: 10548370963 P.IVA: 10548370963  
 E-mail: informazioni@lloyds.com Telefono: + 39 02 6378 88 1

**LLOYD'S**

Codice ramo	PIN corrispondente	Codice del broker Lloyd's	UMR	Numero del certificato
04	112927 LJV	1306 / ALP	B1306C501611900	10546521A-LB

Nome commerciale del prodotto assicurativo: Medical Malpractice - RCT - RCO

Nome dell'Intestatario della polizza:	<b>Mater Dei Di G.Nesi &amp; C Srl</b>
Indirizzo, codice postale e città dell'Intestatario della polizza:	Via Mario Rapisardi, 1 95125 Catania (Sicily) Italia
P.IVA:	
Codice fiscale:	01129240873

Periodo assicurativo  
 dalle ore **00:00** del **09 gennaio 2019** alle ore **23:59** del **08 gennaio 2020**

Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto: **22 novembre 2018**

Oggetto o rischio assicurato:	
Massimo indennizzo o somma assicurata:	
Franchigia o copertura aggiuntiva o quota di scoperto:	
Sezioni del testo della polizza applicabili al presente contratto di assicurazione:	

Premio (Euro):

Codice del rischio	Premio netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Premio lordo
4,115 RCT	77.709,60	0,00	77.709,60	17.290,38	94.999,98
<b>TOTALE</b>	<b>77.709,60</b>	<b>0,00</b>	<b>77.709,60</b>	<b>17.290,38</b>	<b>94.999,98</b>

Data della rata	Premio netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Premio lordo
09/01/2019	38.854,80	0,00	38.854,80	8.645,19	47.499,99
11/07/2019	38.854,80	0,00	38.854,80	8.645,19	47.499,99

Coverholder:

Denominazione legale:	<b>Corvelia Underwriting</b>
Indirizzo, codice postale e città:	
Numero di telefono:	
Indirizzo e-mail:	
Numero di registrazione IVASS:	

Contatti:

Se si desidera denunciare un sinistro ai sensi del presente contratto, si prega di contattare:	
In caso di domande di altra natura relative al presente contratto, rivolgersi invece a:	

Data

24 gennaio 2019

Firmato da



**Lloyd's Insurance Company S.A.**

**Vittorio Scala**

Rappresentante per l'Italia

Il presente certificato è valido unicamente se reca la firma del Rappresentante per l'Italia, in nome e per conto di Lloyd's Insurance Company S.A.

Il contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione del contratto: Condizioni di Assicurazione, Glossario, Modulo di Proposta (se previsto) e Set Informativo costituito da DIP e DIP Aggiuntivo per contratti emessi dal 1/1/2019, o costituito da Fascicolo Informativo con la Nota Informativa per contratti antecedenti (Regolamento IVASS nr.41/2018).

Firma dell'Intestatario della polizza

Data

Firmato da

Quietanza del premio

..... ha ricevuto l'importo di ..... a titolo di premio, in data .....

Data

Firmato da

-----

-----

INTERNAL REFERENCE:  
come da Security allegata



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

**SCHEDA DI COPERTURA**

1. IL CONTRAENTE ASSICURATO:	MATER DEI DI G. NESI & C.SRL
2. INDIRIZZO PRINCIPALE:	VIA MARIO RAPISARDI 1 - CATANIA
3. PERIODO DI DURATA DELLA POLIZZA:	12 MESI
DATA DI INIZIO 09/01/2019 (inizio alle 00.00 CET)	DATA DI SCADENZA 08/01/2020 (scadenza alle 23.59 CET)
4. DATA DI RETROATTIVITA':	10 anni
5. PERIODO DI GRAZIA :	GIORNI 20
6. MASSIMALE PER SINISTRO:	EUR 1,500,000
7. MASSIMALE AGGREGATO GLOBALE:	EUR 3,000,000
8. SOTTO-LIMITE (DOLO E COLPA GRAVE):	EUR 1,000,000
9. SOTTO-LIMITE RCO:	EUR 1,000,000
10. SOTTO-LIMITE PER RACCOLTA, DISTRIBUZIONE ED UTILIZZO DI SANGUE ED EMODERIVATI:	20% DEL MASSIMALE INDICATO AL PUNTO 6 DI SCHEDA
11. SOTTO-LIMITE INQUINAMENTO AMBIENTALE:	20% DEL MASSIMALE INDICATO AL PUNTO 6 DI SCHEDA
12. SOTTO-LIMITE PER INCENDIO O ESPLOSIONE:	20% DEL MASSIMALE INDICATO AL PUNTO 6 DI SCHEDA
13. SOTTO-LIMITE OGGETTI IN CUSTODIA:	20% DEL MASSIMALE INDICATO AL PUNTO 6 DI SCHEDA
14. SOTTO-LIMITE INTERRUZIONE ATTIVITA' ECONOMICA DI TERZI:	20% DEL MASSIMALE INDICATO AL PUNTO 6 DI SCHEDA
15. SOTTO-LIMITE COPERTURE ACCESSORIE:	20% DEL MASSIMALE INDICATO AL PUNTO 6 DI SCHEDA
16.1 SOTTO-LIMITE PER ABUSO:	EUR 250.000
16.2 SOTTO-LIMITE PER VIOLAZIONE DATI PERSONALI:	EUR 250.000
17. SELF-INSURED RETENTION PER OGNI SINISTRO:	EUR 500,000
18. MASSIMALE POLIZZA RICHIESTO AI MEDICI NON DIPENDENTI (RIFERITA AL PUNTO 4.3 DEL TESTO DI POLIZZA):	EUR 1,000,000
19. PREMIO NETTO:	DEPOSITO EUR 77,709.60 CON ANNUALE DI EUR 111,013.71 (riferimento ad appendice 3)*



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

20. BROKER: Assiteca Spa

21. DATA DEL QUESTIONARIO PROPOSTA: 22/11/2018

22. SOTTOSCRITTORI Lloyd's Insurance Company S.A. ;

Società a responsabilità limitata Belga (société anonyme / naamloze vennootschap) con sede legale a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Brussels, Belgio e registrata a Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con numero 682.594.839 RPM (Brussels). È una compagnia di assicurazioni soggetta alla supervisione della Banca nazionale del Belgio. Il numero di riferimento dell'azienda e altri dettagli possono essere trovati su [www.nbb.be](http://www.nbb.be).

Si fa notare che Lloyd's Insurance Company S.A. ha predisposto, come parte di un accordo di esternalizzazione con la Lloyd's Managing Agency, Arch Underwriting presso Lloyd's Limited, la riassicurazione opzionale per questa polizza. Il dettaglio di questa capacità di riassicurazione è il seguente:

**DETTAGLI DELLA ASSICURAZIONE****Sindacato Lloyd's**

Arch Syndicate 2012 100%

(Arch Syndicate 2012 è gestito da Arch Underwriting presso Lloyd's limited, 5th Floor, Plantation Place South, 60 Great Tower Street, London EC3R 5AZ).

In base all'Accordo di esternalizzazione con Lloyd's Insurance Company S.A., Arch Underwriting presso Lloyd's Limited ha accettato che Corvelia Limited (come riportato nella definizione 20, "Coverholder" di questa polizza) operi come agente per conto di Lloyd's Insurance Company S.A. nello svolgimento dei suoi doveri come da seguente accordo di Lloyd's Coverholder Appointment:

**RAMI E COPERTURE ASSICURATIVE AUTORIZZATE: CATEGORIA A**

Accettare Primary Layer Medical Malpractice (Malasanità) per entità private o caritative.

**NUMERO DELL'ACCORDO DI LLOYD'S COVERHOLDER APPOINTMENT:** C501611900

**UNIQUE MARKET REFERENCE NUMBER:** B1306C501611900

**REGULATORY CLIENT CLASSIFICATION:** Cliente Commerciale  
Medium

**ORDER HERE-ON:** 100% di 100%

**BASIS OF WRITTEN LINES:** Percentuale di un intero

**Confirmation of Cover  
Non Schedule Information**

ISSUE DATE: 24 January 2019

EFFECTIVE DATE: 09 January 2019

POLICY PERIOD: 12 Months

TYPE: Combined Medical Malpractice, Third Party Liability & Employers Liability Insurance

LLOYD'S RISK CODE: GM

CONTRACTING PARTY: MATER DEI DI G. NESI & C.SRL

BROKER: BDB Ltd

BROKER CONTACT: Silvestro de Besi

TERRITORIAL LIMITS: Italy (but Worldwide for Employers' Liability);

JURISDICTION LIMITS: Worldwide Excluding USA & Canada (but Italy for Employers' Liability)

EXPRESS WARRANTIES & CONDITIONS: Claims Agreement Clause (Appendix 1);  
Condition to Pay SIR (Appendix 2);  
Deferred Premium Endorsement (Appendix 3);  
  
Obbligo di Notifica del Sinistri a Capanna;  
  
And any other which exists in the Policy Wording and any Endorsements attaching hereto

SUBJECTIVITIES: None

CHOICE OF LAW: Italian Law

ACCESSORI: Nil (as a percentage of gross Premium, net of taxes)

PREMIUM TAX (including Accessori)  
PAYABLE BY THE INSURED  
AND ADMINISTERED BY  
LLOYD'S ITALIAN OFFICE  
ON BEHALF OF  
UNDERWRITERS: 22.25%

PREMIUM PAYMENT  
CLAUSE: 60 days Premium payment condition to apply.

INSTALMENT OPTION: Premium payable in 2 equal instalments

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL.  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCAFRN:586267)



**MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE  
PRIVATE CLINICS & HOSPITALS IN ITALY**

LLOYD'S CORRESPONDENT  
BROKER:

Assiteca Spa

BROKERAGE:

15%

OTHER DEDUCTIONS  
FROM GROSS PREMIUM:

Lloyd's Italian Levy 0.75%

INSURER CONTRACT  
DOCUMENTATION:

Corvelia shall produce a Confirmation of Cover on receiving an order to bind cover. All policy Documentation shall be issued via Lloyd's Italian office.

INSURER CONTRACT  
INFORMATION:

This document details the contract terms entered into by Corvelia and constitutes the contract document. Any further documentation changing this contract, agreed in accordance with the contract change provisions set out in the contract, shall form evidence of such change.

INFORMATION:

Proposal form including updated Claims experience

The Broker must ensure that:

- (a) The Insured is fully aware of the requirement that all material facts to the Insured's proposed insurance must be disclosed fully and truthfully and to the best of the Insured's knowledge and belief to Corvelia whether or not such facts are the subject of a specific proposal form question;
- (b) The Broker discloses all material facts to Corvelia that it is aware of or becomes aware of relating to the Insured's proposed insurance to Corvelia irrespective of whether such disclosure itself has been made by the Insured.

A material fact is deemed to mean any information that is reasonably expected to alter, influence or prejudice Corvelia's appraisal of the risk being proposed and subsequently the terms, conditions, limitations and exclusions provided by Corvelia.

CORVELIA PROPORTION OF ORDER: 100% OF 100%

POLICY NUMBER:

P	1	9	/	D	A	/	0	0	1	4	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

RECORDING, TRANSMITTING  
AND STORING INFORMATION:

When the Broker maintains risk and claim data/information or documents the Broker may hold such documentation electronically

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL. Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCAFRN:586267)



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

23. DENUNCIA DEI SINISTRI -



I sinistri devono essere denunciati per iscritto dal Contraente (o dal suo agente assicurativo) a Capanna Insurance Services sas, in qualità di rappresentante dei Sottoscrittori come meglio specificato all'art. 3.1;  
Via della Venezia, 15, 57123 Livorno, Italy  
Tel. +39 0586 894.132 - +39 0586 894.233  
Fax. +39 0586 839.985

Inoltre, è raccomandato di inviare una copia di qualsiasi corrispondenza, per assicurare che la notifica sia stata effettuata tempestivamente, al seguente indirizzo di posta elettronica:

[newclaim.MM@capanna.it](mailto:newclaim.MM@capanna.it)

24. COVERHOLDER:





Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

## INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI IN FORMA BREVE

### Riguardo ai tuoi dati personali

#### *Chi siamo*

La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A., identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

#### *Principi fondamentali*

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all'assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge.

Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull'assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato.

In alcuni casi sarà necessario il consenso dell'assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente. L'assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un'e-mail all'indirizzo [data.protection@lloyds.com](mailto:data.protection@lloyds.com) (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirci di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati.

Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all'assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell'ambito del settore assicurativo, ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all'applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all'individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all'assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura richiesta o permessa dalla legge.

#### *Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti*

Qualora l'assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

#### *Servono maggiori informazioni?*

Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell'assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito [www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels](http://www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels) ovvero in altri formati su richiesta.

#### *Contattarci e i diritti dell'assicurato*

L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre modalità di utilizzo dei dati ovvero richiedere una copia della nostra informativa completa sulla privacy, lo invitiamo a contattarci ai seguenti recapiti:

#### Corvelia

Informativa sulla privacy accessibile su:

<http://www.corvelia.com/privacy-policy/info@ambris.uk>

Contatto di Corvelia per la protezione dei dati personali:

Arch Syndicate 2012 (gestito da Arch Underwriting presso Lloyd's Limited, 5th Floor, Plantation Place South, 60 Great Tower Street, London EC3R 5AZ)

Informativa sulla privacy accessibile su:

<http://www.archcapgroup.com>  
[ArchDPO@archcapervices.com](mailto:ArchDPO@archcapervices.com)

Contatto ed email di Arch per la protezione dei dati personali:

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.



## APPENDICE N. 1 – CLAUSOLA SULL'ACCORDO PER LA DEFINIZIONE DEI SINISTRI

L'Assicurato si impegna ad attenersi alle condizioni descritte negli articoli 3.1, 3.2, 3.3, inerenti alla Denuncia dei Sinistri, alla Co-operazione tra le parti ed ai Riconoscimenti di responsabilità. I Sottoscrittori si riservano il diritto di gestire qualsiasi Sinistro per conto del Contraente, inoltre, quest'ultimo comprende e accetta che i Sottoscrittori hanno il diritto di condurre trattative e di transigere ogni singolo Sinistro (in eccesso al 75% della SIR di Polizza – vedere art. 1.7) per conto della Contraente.

Tuttavia e' concordato tra le parti che in caso di discordanza tra i Sottoscrittori e l'Assicurato sulla somma transattiva proposta dai Sottoscrittori in relazione ad ogni singolo Sinistro e ove il Contraente fornisca ai Sottoscrittori considerevoli elementi di difesa che i Sottoscrittori non hanno ancora preso in considerazione, i Sottoscrittori si impegnano a considerare le suddette informazioni addizionali prima di finalizzare qualsiasi pagamento ed a concordare direttamente con l'Assicurato il potenziale risarcimento.

Se, a seguito di tali considerazioni aggiuntive, il Contraente e i Sottoscrittori non riescono a concordare una strategia transattiva o non raggiungono un accordo sulla somma transattiva, entrambe le parti devono tentare di utilizzare tutti gli sforzi per elaborare un appropriato compromesso.

In caso di mancato accordo tra l'Assicurato ed i Sottoscrittori sull'Indennizzo da riconoscere alla controparte, i Sottoscrittori si impegnano a sostenere la strategia di difesa dell'Assicurato, tuttavia, qualsiasi esborso o risarcimento relativo a tale Sinistro (incluso le relative spese legali sostenute dai Sottoscrittori), in eccesso all'importo per il quale i Sottoscrittori erano inizialmente disposti a transigere (incluso le relative spese legali sostenute dai Sottoscrittori), resta a carico del Contraente per il 50%. Tale accordo non riduce né elimina la condizione della presente Polizza secondo cui l'Assicurato deve pagare la SIR..

Il Contraente

Data

.....

## APPENDICE N. 2 - PAGAMENTO DELLA SIR

Il pagamento della SIR da parte del Contraente è una condizione di operatività di questa Polizza.

Il Contraente comprende ed accetta l'obbligo di pagamento della SIR e garantisce il pagamento della stessa il prima possibile (almeno entro 60 gg) dalla definizione di un eventuale Sinistro.

Nel caso in cui i Sottoscrittori siano legalmente obbligati ad anticipare l'intero ammontare indennizzabile (per esempio in caso di azione del danneggiato contro i Sottoscrittori e successiva sentenza di diretta liquidazione), il Contraente garantisce il rimborso della SIR in modo tempestivo (e in ogni caso entro e non oltre 60 giorni dalla data di definizione del Sinistro).

In caso di mancato rimborso entro 60 giorni dalla richiesta formale da parte sia dei Sottoscrittori che dai suoi agenti, legali rappresentanti o consulenti, o da qualsivoglia formale e legale ordine o direttiva da parte del terzo danneggiato (o dei suoi rappresentanti legali, consulenti o eredi), a seguito della definizione di qualsiasi Sinistro, e' concordato tra le parti che la presente Polizza e/o rinnovi della stessa e/o altri contratti futuri con il Contraente saranno automaticamente sospesi fino a che il Contraente non avrà provveduto al rimborso della SIR, ovvero fino alla scadenza della Polizza.

Il Contraente

Data

.....



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

### APPENDICE N. 3 – BONUS RINNOVO \*

Uno sconto del 30% sul PREMIO NETTO annuale sarà applicabile qualora nel periodo di copertura :

Nessun sinistro, circostanza e/o richiesta di risarcimento sia valutata dal Loss Adjuster Gruppo Capanna in eccesso alla Self-insured retention di polizza e piu' dettagliatamente come segue:

- Nessun sinistro, circostanza e/o richiesta di risarcimento (inteso come ammontare reclamato) sia chiaramente oltre il valore della SIR indicata al punto 17 della Scheda di copertura;
- Nessun sinistro, circostanza e/o richiesta di risarcimento (inteso come ammontare reclamato) sia verosimilmente oltre il valore della SIR indicato al punto 17 della Scheda di copertura;
- Nessun sinistro, circostanza e/o richiesta di risarcimento (inteso come ammontare reclamato) possa comportare qualsiasi pagamento da parte dei Sottoscrittori.

Il suddetto bonus verrà garantito dai sottoscrittori nei 60 giorni successivi alla scadenza della polizza ed esclusivamente se rinnovata con Corvelia.

Il Contraente

La Data

.....

.....



**POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE  
SANITARIA, RCO (responsabilita' civile Dipendenti), RCT (Responsabilita' civile verso  
Terzi) E COPERTURE COLLEGATE PER ENTI SANITARI PRIVATI E CLINICHE**

**LA PRESENTE POLIZZA DI ASSICURAZIONE E' PRESTATATA NELLA FORMA  
"CLAIMS MADE" E SI APPLICA ESCLUSIVAMENTE AI SINISTRI LA CUI PRIMA  
RICHIESTA DI RISARCIMENTO SIA STATA AVANZATA ALL' ASSICURATO E  
NOTIFICATA DURANTE IL PERIODO DI COPERTURA DELLA POLIZZA**

Il Questionario Proposta, datata come da punto 21 della Scheda di copertura, e qualsiasi altra informazione che sia stata fornita e valutata dai Sottoscrittori costituiscono la base di assunzione del rischio degli Assicuratori e formano parte integrante della Polizza.

Le parole scritte in grassetto sono definite nella sezione Definizioni qui sotto.

Il presente documento certifica che, a fronte del pagamento del premio indicato nel Modulo, i Sottoscrittori sono tenuti ad assicurare il rischio qui specificato secondo le modalità, condizioni, limitazioni ed esclusioni tutte contenute nel presente contratto o nei suoi allegati.

- I Sottoscrittori saranno tenuti a pagare fino alla concorrenza dei Massimali e Sottolimiti di Indennizzo senza superarli, previa deduzione della SIR convenuta.

A riprova di ciò, la presente Polizza è stata sottoscritta nel luogo e nella data specificata nella Scheda di copertura.

**AVVERTIMENTI IMPORTANTI PER IL CONTRAENTE**

Prima della decorrenza del contratto di assicurazione, il Contraente deve avvisare urgentemente i Sottoscrittori nel caso qualsiasi informazione utilizzata per il calcolo del rischio e fornita ai Sottoscrittori quando la Proposta è stata originariamente sottoscritta sia cambiata.

Le suddette informazioni devono contenere qualsiasi dettaglio che potrebbe alterare, influenzare o modificare la valutazione del rischio. La mancata divulgazione di tali informazioni nuove o aggiuntive può pregiudicare la posizione dell'Assicurato in caso di notifica di un Sinistro in virtù di tale Polizza. Questo è un contratto giuridicamente vincolante. I Sottoscrittori invitano il Contraente a leggere il contratto con attenzione per verificare che risponda a tutte le esigenze dell'Assicurato e che tutte le modalità, condizioni, limitazioni ed esclusioni siano chiare e comprese dal Contraente.

In caso di necessità di chiarimenti o correzioni circa la presente Polizza, il Contraente deve indirizzarne la richiesta al Coverholder con urgenza, tramite il broker o l'intermediario che ha in gestione il contratto assicurativo per conto del Contraente, come specificato al punto 20 della Scheda.



## DEFINIZIONI

- 1 Sinistro:** Qualsiasi richiesta di risarcimento e/o pretesa finanziaria, o affermazione di diritto risarcitorio nei confronti dei soggetti **Assicurati**, o qualsivoglia comunicazione ricevuta dai soggetti **Assicurati** ove viene contestata loro qualsivoglia responsabilità per condotte illecite e/o negligenti.
- 2 Contraente:** La società privata, al punto 1 della **Scheda di copertura**, che acquista la presente assicurazione per proprio conto e per conto degli altri soggetti **Assicurati**, elencati al punto 9 delle definizioni di **Polizza**.
- 3 Danno/i :** Il pregiudizio, sia patrimoniale che non patrimoniale, che sia conseguenza di una responsabilità civile dell'**Assicurato**, come definito secondo i criteri di cui all'art. 7, comma 4 DDL Gelli.
- 4 SIR:** L'importo, per ogni singolo **Sinistro**, specificato al punto 17 della **Scheda di copertura**, che rimarrà a totale carico e sotto la totale responsabilità del **Contraente**. I **Sottoscrittori** saranno tenuti a riconoscere solo l'importo dell'**Indennizzo**, includendo le annesse spese legali e costi di difesa, che eccede la **SIR**.
- 5 Dipendente:** Qualsiasi persona fisica che è assicurata secondo la forma previdenziale e/o assistenziale di legge contro gli infortuni sul luogo di lavoro e che svolge la propria attività alle dirette dipendenze del **Contraente** secondo un contratto di lavoro subordinato o di apprendistato. Questa definizione include anche qualsiasi persona incaricata di lavori socialmente utili, e qualsiasi studente, borsista, specializzando e chiunque altro preli il proprio lavoro per un periodo di prova o di formazione sotto il diretto controllo e direzione del **Contraente** nelle forme previste dalla legge.
- 6 Inquinamento ambientale:** Contaminazione di acque e/o aria e/o suolo e/o sottosuolo a seguito dell'azione di qualsiasi sostanza emessa, scaricata, dispersa, posata o in qualsiasi modo propagatasi da qualsiasi edificio, struttura, macchinario, strumentazione o gruppo di essi utilizzati dall'**Assicurato**.
- 7 Medico libero professionista:** Qualsiasi medico non **Dipendente** che svolga la propria attività autonomamente al di fuori della società privata, al punto 1 della **Scheda di copertura** o che preli la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionale ovvero in adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente o con una Terza Parte interamente in **Dipendente** dal **Contraente**.
- 8 Indennizzo:** L'importo dovuto dai **Sottoscrittori** in caso di **Sinistro** coperto dal presente contratto di assicurazione.



- 9 Assicurato:**
- (a) Il **Contraente**;
  - (b) Il personale **Dipendente**;
  - (c) Qualsiasi medico **che** presta la propria attività per il **Contraente** e/o nel suo interesse e dove il **Contraente** e' responsabile contrattualmente per i servizi forniti. Questa definizione comprende anche, a titolo esemplificativo, il personale sanitario in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale.
  - (d) Tutti gli esercenti la professione sanitaria che prestano la propria attività esclusivamente per il **Contraente**, anche per un determinato periodo di tempo legato ad uno specifico progetto a termine (inclusi i cosiddetti co.co.co o equivalenti ed i cosiddetti co.co.pro. o progetti equivalenti) o in regime di libera professione intramuraria ma limitatamente all'attività prestata per il **Contraente** e/o nel suo interesse;
  - (e) Tutti i seguenti esercenti la professione sanitaria a qualunque titolo operanti presso il **Contraente** ove l'operatore individuale non sia **Assicurato** in base a una **Polizza** separata per malpractice medica o copertura assicurativa per responsabilità professionale:
 

Farmacista, personale tecnico della farmacia (addetto alla vendita dei farmaci), audiologo, assistente medico, medico associato, terapeuta, scienziato biomedico, tecnico di laboratorio, flebotomista, callista, podologo, scienziato clinico, dietista, addetto ai supporti uditivi, terapeuta occupazionale, terapeuta complementare, omeopata, massaggio operatore, operatore di dipartimento (o assistente), ortottista, operatore di emergenza (o assistente), tecnico di ambulanza, primo assistente di soccorso, personale paramedico, fisioterapista, protesista, ortopedico, logopedista, addetto ad attività ancillari, infermiera o ostetrica.
  - (f) Se non già incluso alla lett. b) che precede, qualsiasi persona che ricopre la carica di Direttore Sanitario del e/o in favore del **Contraente**.

Le Definizioni di cui alle lett. (c), (d) e (e) espressamente escludono qualsivoglia **Medico Libero Professionista** (salvo specifico accordo tra le parti);

E' previsto e concordato tra il **Contraente** ed i **Sottoscrittori** che l'**Assicurato** è l'unico soggetto il cui interesse e' protetto dall'assicurazione e che la responsabilità contrattuale dei Medici liberi professionisti e' assolutamente esclusa dall'assicurazione, (salvo specifico accordo contrario concluso e rilasciato dai **Sottoscrittori** con il **Medico Libero Professionista**).

- 10 Attività dell'Assicurato:**
- I servizi professionali resi dall'**Assicurato** in relazione a quelle attività dichiarate nel **Questionario Proposta**.

**11 Massimali e Sottolimiti di Indennizzo:**

l'importo di cui al punto 7 (Massimale Aggregato Globale) della Scheda di copertura (salvo ulteriori Spese Legali secondo l'art. 1.7) costituisce l'importo massimo globale aggregato della responsabilità totale dei Sottoscrittori ai sensi del presente contratto.

Tale importo non potrà in alcun caso e per nessun motivo essere superato, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie.

Si precisa che, l'importo massimo pagabile dai Sottoscrittori per ciascun Sinistro (o Sinistro/i derivante/i dalla stessa causa di origine, o fonte, o dal medesimo atto, errore o omissione, evento o affare od in ogni caso collegato con tale causa o origine, atto, errore o omissione, evento o affare) a norma della presente Polizza e' l'importo di cui al punto 6 (Massimale per Sinistro) della Scheda di copertura, a prescindere dal numero di richieste e/o dal numero di sinistri e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie

Si precisa inoltre che i seguenti Sottolimiti di copertura verranno applicati indipendentemente dal limite complessivo della totale responsabilità dei Sottoscrittori o dal limite per Sinistro sopra definito.

In merito all'art. 1.2 (Dolo e colpa grave) il massimo importo pagabile dai Sottoscrittori, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 8 della Scheda di copertura.

In merito all'art. 1.3 (RCO) il massimo importo pagabile dai Sottoscrittori, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 9 della Scheda di copertura.

In merito a Sinistri derivanti da od in qualsiasi modo collegati alla raccolta, distribuzione e utilizzo di sangue ed emoderivati, (art. 1.6.4) il massimo importo pagabile dai Sottoscrittori, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 10 della Scheda di copertura.

In merito a Sinistri derivanti da od in qualsiasi modo collegati ad Inquinamento ambientale, il massimo importo pagabile dai Sottoscrittori, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 11 della Scheda di copertura.

In merito a Sinistri derivanti da od in qualsiasi modo collegati ad incendio o esplosione come Assicurati secondo l'art. 1.6.1, il massimo importo pagabile dai Sottoscrittori, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 12 della Scheda di copertura.

In merito a Sinistri derivanti da od in qualsiasi modo collegati alla copertura prestata a norma dell'art. 1.6.2 (Oggetti in Custodia), il massimo importo pagabile dai Sottoscrittori, a prescindere dal numero di Sinistri e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di Assicurati e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 13 della Scheda di copertura.



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

In merito a **Sinistri** derivanti da od in qualsiasi modo collegati alla copertura prestata a norma dell'art. 1.6.3 (Interruzione dell'attività economica di Terzi), il massimo importo pagabile dai **Sottoscrittori**, a prescindere dal numero di **Sinistri** e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di **Assicurati** e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 14 della **Scheda di copertura**.

In merito a **Sinistri** derivanti da od in qualsiasi modo collegati alla copertura prestata a norma degli artt. dal 1.6.5 al 1.6.9 (inclusi), il massimo importo pagabile dai **Sottoscrittori**, a prescindere dal numero di **Sinistri** e/o dal numero di articoli applicabili e/o dal numero di **Assicurati** e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 15 della **Scheda di copertura**.

In merito a **Sinistri** derivanti da od in qualsiasi modo collegati all'**Abuso**, il massimo importo pagabile dai **Sottoscrittori**, a prescindere dal numero di **Sinistri** e/o dal numero di **Assicurati** e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 16 della **Scheda di copertura**.

In merito a **Sinistri** derivanti da od in qualsiasi modo collegati alla **Violazione delle Informazioni Confidenziali e della Data Protection**, il massimo importo pagabile dai **Sottoscrittori**, a prescindere dal numero di **Sinistri** e/o dal numero di **Assicurati** e/o dal numero di soggetti che avanzano pretese risarcitorie e' l'importo di cui al punto 16.2 della **Scheda di copertura**.

Si precisa che i vari sottolimiti di **Indennizzo** specificati in questa **Polizza** e/o qualsiasi sottolimito addizionale concordato con l'**Assicurato** e' parte del massimale di **Indennizzo** specificato in **Scheda di copertura** e non verra' considerato aggiuntivo alla massima esposizione dei **Sottoscrittori** ai sensi di questa **Polizza**.

- 12 Polizza:** Il presente documento viene emesso e sottoscritto dal **Contraente** e dai **Sottoscrittori** a prova del contratto di assicurazione.
- 13 Periodo di Durata della Polizza:** Il periodo di tempo ricompreso tra la data di inizio della copertura assicurativa e la data di scadenza di cui al punto 3 della **Scheda di copertura**.
- 14 Cose/Beni:** Oggetti materiali, inclusi gli animali.
- 15 Questionario Proposta:** Il formulario sottoposto dal **Contraente** ai **Sottoscrittori** contenente le informazioni rilevanti ai fini della **Polizza** su cui i **Sottoscrittori** basano la loro valutazione del rischio collegato a questa **Polizza**. Tale formulario si considera parte integrante della **Polizza**.  
Dichiarazioni inesatte o reticenti da parte dell'**Assicurato** relativi ad aspetti che, se conosciuti dai **Sottoscrittori**, avrebbero comportato una diversa valutazione del rischio coperto possono portare alla perdita totale o parziale del diritto dell'**Assicurato** all'**Indennizzo** ed all'annullamento del presente contratto di assicurazione secondo gli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- 16 Scheda di copertura:** Il formulario intitolato "**Scheda di copertura**" allegato alla presente **Polizza**, ne forma parte integrante e contiene i dettagli del contratto e gli altri elementi menzionati nel testo della **Polizza**.



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

- 17 Terzi:** Qualsiasi soggetto o entità oltre che l'Assicurato che non sia un Dipendente sarà considerato Terzo per la copertura RCT e qualsiasi altro articolo rilevante sottoscritto in questa Polizza.  
Ai fini della copertura RCT un Dipendente sarà considerato Terzo se subisce un Danno quando non si trovano nell'esercizio delle loro mansioni o quando stanno usufruendo di servizi forniti dall'Assicurato.
- 18 Sottoscrittori:** Lloyd's Insurance Company S.A. i cui dettagli della società sono specificati nella voce 20 della scheda. A scopo informativo, è opportuno notare che i sottoscrittori hanno stipulato un accordo di riassicurazione con Arch Underwriting presso Lloyd's Limited secondo il quale l'assicurazione fornita dai sottoscrittori è riassicurata al 100% su base facoltativa
- 19 Assicurazione obbligatoria:** Significa i requisiti minimi di copertura assicurativa obbligatoria richiesti legalmente al Contraente, come definito nei decreti attuativi che seguono l'entrata in vigore della legge Gelli/Bianco, approvata in sede parlamentare il 28 Febbraio 2017. Prima dell'approvazione e della pubblicazione dei predetti decreti, la copertura assicurativa minima richiesta e il MASSIMALE AGGREGATO GLOBALE (TUTTI I SINISTRI) come specificato al punto 7 della Scheda di copertura, si riduce a Euro 1.000.000 (inerente all'articolo 4.2.2).
- 20 Coverholder:** Corvelia Ltd, una compagnia autorizzata alla sottoscrizione di polizze "RC Professionale Medica" secondo l'accordo di Lloyd's Coverholder Appointment per conto di sottoscrittori come descritto nella Scheda di Copertura alla voce "LLOYD'S COVERHOLDER APPOINTMENT AGREEMENT NUMBER". Corvelia Limited è un sindacato autorizzato dai Lloyd's, che opera con il nome di Corvelia Underwriting. Si tratta di una società privata registrata in Inghilterra e Galles con il numero di società 09352291 e FCA numero 686257. Sede legale: C / O PKF, 1 Westferry Circus, Londra E14 4HD. Corvelia Underwriting opera: 1° piano, 140 Fenchurch Street, Londra EC3M 6BL. Corvelia Limited è un Rappresentante nominato di Ambris LLP, un Broker dei Lloyd's autorizzato e regolato dall'Autorità di Gestione Finanziaria (FCA FRN: 586267).
- 21 Abuso:** Si intende qualsiasi comportamento fisico, sessuale, psicologico e / o qualsiasi altro Dannoso, volontario e / o intenzionale che possa causare lesioni fisiche, disabilità, infermità, malattie, disturbi emotivi (eccetto disturbi emozionali derivanti da qualsiasi diffamazione o calunnia), angoscia mentale, stress mentale o la morte di qualsiasi persona.



## ARTICOLI 1.1-1.4

### Oggetto dell'Assicurazione - Principali coperture prestate

I Sottoscrittori convengono di indennizzare l'Assicurato secondo le modalità, condizioni, limitazioni ed esclusioni contenuti nella presente Polizza in relazione a qualsiasi Sinistro e nei termini qui di seguito specificati.

#### 1.1 R.C.T. - Responsabilità Civile verso Terzi & Responsabilità Professionale Medica

I Sottoscrittori si obbligano ad indennizzare l'Assicurato per qualsiasi somma monetaria (capitale, interessi e spese) in seguito a richiesta di risarcimento, che l'Assicurato sia tenuto a corrispondere a Terzi a titolo di risarcimento quale civilmente responsabile ai sensi di legge per i Danni involontariamente ed accidentalmente causati a qualsiasi Terzo, in conseguenza di Sinistri occorsi nell'esercizio delle Attività dell'Assicurato.

In particolare, la Polizza garantisce la copertura solo per:

- (a) La responsabilità contrattuale dell'Assicurato/Contraente contro un Terzo, prevista ai sensi dell'art. 7, commi 1 e 2 del DDL Gelli;
- (b) La responsabilità extra contrattuale dell'Assicurato/Dipendente, prevista ai sensi dell'art. 7, comma 3 del DDL Gelli.

Salvo patto contrario, la presente Polizza non fornisce alcuna copertura rispetto alla responsabilità contrattuale del Medico Libero Professionista nei confronti del Terzo.

La garanzia RCT opera anche in caso di rivalsa dell'INPS a norma dell'art. 14 della Legge n. 222 del 16.06.1984 e seguenti modificazioni ed integrazioni.

#### 1.2 Dolo e colpa grave

Questa assicurazione copre (salve le esclusioni di cui all'art. 2.3) la responsabilità legale dell'Assicurato per dolo o colpa grave nello svolgimento delle Attività dell'Assicurato da qualsiasi soggetto per cui sia tenuto per legge a rispondere il Contraente, fatti comunque salvi i diritti di rivalsa di cui all'art. 4.7.

#### 1.3 R.C.O. - Responsabilità Civile verso i Dipendenti

I Sottoscrittori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile per i Danni sofferti dai Dipendenti in conseguenza della morte, lesioni, infortuni, malattie professionali (ivi compreso shock nervoso, angoscia mentale e malattia mentale, esclusa l'asbestosi e le patologie a questa collegate) che si verificano nello svolgimento delle attività a cui sono preposti in seguito ad un Sinistro, causato dalla colpa dell'Assicurato e che si manifesti per la prima volta durante la Durata della Polizza a patto che il Sinistro è notificato durante il periodo di Durata della Polizza. I Sottoscrittori, pertanto, devono indennizzare l'Assicurato di tutte le somme che egli è tenuto per legge a pagare:

- alle Istituti previdenziali e assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) per i loro diritti di rivalsa;
- al danneggiato o agli Eredi del danneggiato, per tale Danno.

In aggiunta agli altri obblighi assunti dall'Assicurato nei confronti dei Sottoscrittori ai sensi della presente Polizza, l'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del Sinistro, l'Assicurato sia in regola con le coperture assicurative e previdenziali obbligatorie per legge, nonché con la normativa in materia di sicurezza e infortuni nei luoghi di lavoro; ciononostante, qualora l'irregolarità è commessa in buona fede e deriva dall'errore, dalla dimenticanza o dall'omessa dichiarazione di attività occasionali o da involontaria inesatta interpretazione delle norme vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità.

I Sottoscrittori saranno anche tenuti a rispondere ai sensi dell'art. 1.3 in caso di responsabilità personale dei Dipendenti che non osservino le norme di cui al D. Lgs. N. 626 del 19.9.1994 in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro nei locali del Contraente.

#### 1.4 Inquinamento Accidentale

La garanzia del presente contratto di assicurazione copre i Danni derivanti da Inquinamento ambientale collegato alle Attività dell'Assicurato menzionate nel Questionario Proposta a seguito di un Sinistro, a condizione che sia causato da un evento improvviso, inatteso ed accidentale. I Sottoscrittori altresì presteranno la garanzia per quanto riguarda le spese sostenute da Terzi con l'accordo scritto dei Sottoscrittori per neutralizzare o minimizzare le conseguenze dell'evento (spese di salvataggio) fino ad un importo che non ecceda il 10% del sotto-limite di cui al punto 11 della Scheda di copertura.



## **ARTICOLO 1.5**

### **Estensioni di Garanzia**

1.5 Altre voci di copertura – le seguenti voci di copertura sono richiamate per definirne l'estensione della presente Assicurazione, in conseguenza di Sinistri occorsi nell'esercizio delle Attività dell'Assicurato:

- 1.5.1 **Immobili e terreni** – La responsabilità civile derivante dalla proprietà o dall'uso temporaneo o continuato di immobili, unità immobiliari, locali e terreni, dove sono svolte le attività specificate nella presente Polizza, inclusi gli impianti, ascensori, montacarichi, scale mobili, cavi radio e televisione, recinzioni, cancelli elettrici e simili ed ogni pertinenza ed accessorio, inclusi gli spazi usati come giardini, parchi (inclusi gli alberi di alto fusto), parcheggio di auto, aree di carico e scarico e/o depositi all'aria aperta.
- 1.5.2 **Fonti Radioattive** – Il Danno derivante dal possesso e dall'uso di fonti radioattive o magnetiche, connesso alle Attività dell'Assicurato specificate nel Questionario Proposta e conformemente alla legislazione vigente e le prescrizioni delle competenti autorità.
- 1.5.3 **Consegna dei Rifiuti** – La responsabilità derivante dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi a soggetti autorizzati secondo le leggi vigenti. La copertura si estende al decesso o al Danno alla persona patita da qualsiasi Terzo a seguito di un incidente verificatosi durante il trasporto o lo smaltimento dei rifiuti. E' inteso che il presente contratto di assicurazione non copre la responsabilità dei menzionati soggetti autorizzati.
- 1.5.4 **Atti dei pazienti o di minorenni - Danni patiti da qualsiasi Terzo o Dipendente**, derivanti da azioni commesse da pazienti affidati alle cure dell'Assicurato o da minorenni, studenti o altri ospiti nei locali del Contraente.
- 1.5.5 **Insegne e cartelli** – La responsabilità civile derivante dalla proprietà, realizzazione, uso e manutenzione di insegne, targhe, affissioni, cartelli e cartelloni per segnalazione stradale, indicazioni o pubblicità.
- 1.5.6 **Fornitura di Prodotti Medici** – La fornitura, distribuzione e/o uso di medicinali, para-medicinali e/o protesi. Tuttavia è inteso e convenuto che la presente Polizza non si applica ai difetti di questi, come più specificatamente escluso all'art. 2.12. and 2.19.
- 1.5.7 **Attività di Laboratorio** – La gestione di laboratori chimici e di analisi, la predisposizione e l'emissione di referti, conservazione e consegna di pratiche e documenti.
- 1.5.8 **Uso di apparecchiature** – Uso di apparecchiature per fini medici ed elettromedici, o per fini diagnostici o terapeutici, inclusi macchinari per radiografie, radioisotope, radionuclide e altre apparecchiature simili.
- 1.5.9 **Servizi Medici** – servizi medici prestati a pazienti a domicilio o in altri luoghi per conto della Contraente



## ARTICOLI 1.6-1.8

### Attività Accessorie oggetto di Assicurazione

Questo contratto di assicurazione copre tutte le Attività dell'Assicurato dettagliate nel Questionario Proposta, incluse le seguenti se svolte dall'Assicurato, e che devono essere richiamate in caso di Sinistro:

- 1.6 Coperture accessorie  
L'Assicurazione entro i limiti e sottolimiti specificati in Scheda di copertura e' estesa anche a:
- 1.6.1 **Esplosione e incendio** - Il Danno causato a Terzi direttamente da incendio o da esplosione avente avuto origine in qualsiasi locale dove sono svolte le Attività dell'Assicurato dettagliate nel Questionario Proposta o da qualsiasi oggetto usato dall'Assicurato per tali attività, e propagatosi a qualsiasi bene mobile o immobile appartenente a Terzi.
- 1.6.2 **Cose in custodia** - Il Danno patito dai pazienti e dagli ospiti derivante da furto, perdita, sparizione o deterioramento di Cose, sia consegnate che non consegnate, secondo gli artt. dal 1783 al 1786 del Codice Civile.
- 1.6.3 **Interruzione all'esercizio di Terzi** - Danni derivanti da interruzione totale o parziale di attività o servizi industriali, commerciali, artigianali o agricoli.
- 1.6.4 **Raccolta, distribuzione ed uso di sangue ed emoderivati** - pronti all'uso - anche se ne può conseguire infezione del virus HIV - a condizione che l'Assicurato abbia adempiuto tutte le sue obbligazioni riguardanti i test preventivi come prescritti dalle norme in materia e circolari ministeriali in vigore al momento dell'evento. E' inteso che questo contratto di assicurazione non copre la responsabilità dei produttori e fornitori di tali emoderivati.
- 1.6.5 **Terapie speciali**, quali "pet therapy" (cura con l'aiuto di animali domestici), ippoterapia (cura con l'aiuto di equini) e terapia in acqua ai fini di riabilitazione.
- 1.6.6 **Conduzione di mense aziendali e negozi gestiti dal Contraente**. Somministrazione di prodotti alimentari, bevande e simili, distributori automatici inclusi distributori di proprietà di Terzi.
- 1.6.7 **Partecipazione a mercati, esposizioni e fiere e attività promozionali** di qualsiasi tipo, incluso l'allestimento e smantellamento di stand e la locazione di spazi nella struttura sanitaria a Terzi per l'organizzazione di tali eventi.
- 1.6.8 **Manutenzione e Pulizia - Cose circostanti** - La responsabilità derivante dalle attività relative alla manutenzione ordinaria o straordinaria, ristrutturazione, arredamento, ampliamento, demolizione, ricostruzione, pulizia di qualsiasi cosa menzionata all'art. 1.5.1. Quando tali lavori sono affidati ad un Terzo, la copertura è prestata per la responsabilità del Contraente in qualità di supervisore o committente SOLAMENTE.  
Tuttavia nel caso in cui il Contraente affidi i lavori sopra menzionati o la gestione e la manutenzione di qualsiasi attività accessoria a società o persone, è inteso che:
- il presente contratto di assicurazione copre i Danni causati a Terzi da queste società o persone, salvo quanto previsto all'art. 4.7 (rivalsa e surroga);
  - qualsiasi di queste società e persone da una parte, e il Contraente e i Dipendenti dall'altra, saranno considerati Terzi tra loro.
- Saranno coperti anche i danni causati alle Cose circostanti, incluse linee e condotte sotterranee anche se tale Danno è dovuto a smottamento, frana o avvallamento causato dai lavori.
- 1.6.9 **Responsabilità del Committente** - Responsabilità civile del Contraente derivante dalla sua qualità di committente nei confronti di persone o società incaricate dal Contraente per lavori o servizi o attività appaltati dal Contraente, in relazione alle attività dettagliate nel Questionario Proposta o di qualsiasi cosa di proprietà del Contraente, utilizzate nelle Attività dell'Assicurato.



### 1.7 Spese legali

I **Sottoscrittori**, finché hanno interesse alla difesa, assumeranno a proprio carico e condurranno qualsiasi controversia sia in giudizio che stragiudiziale, in nome dell'**Assicurato**, nominando se necessario avvocati ed esperti e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'**Assicurato**.

Tutte le spese legali sostenute per resistere ad una azione contro l'**Assicurato** saranno a carico dei **Sottoscrittori** fino ad un importo pari ad un quarto (1/4) del Massimale o Sottolimito applicabile al **Sinistro**, ed in aggiunta a tale Massimale o Sottolimito. Se il **Sinistro** supera tale Massimale, le spese legali saranno ripartite tra **Assicurato** e **Sottoscrittori** in proporzione del rispettivo interesse. Inoltre si precisa e concorda tra le parti che qualora il valore del **Sinistro**:

- sia chiaramente entro il valore della SIR indicata al punto 17 della Scheda di copertura;
- sia verosimilmente entro il valore della SIR indicato al punto 17 della Scheda di copertura;

le spese legali sostenute per resistere ad una azione contro l'**Assicurato** saranno a carico del **Contraente**.

Tuttavia, dove sia probabile secondo la ragionevole opinione dei **Sottoscrittori** e del gestore sinistri, che la responsabilità dell'**Assicurato** andrà a superare il 75 per cento della SIR, i **Sottoscrittori** corrisponderanno le spese legali e/o i costi associati alla difesa sino al momento del pagamento del **Sinistro**. I **Sottoscrittori** non si faranno carico delle spese legali sostenute dal **Contraente** o dall'**Assicurato** per avvocati o esperti che i **Sottoscrittori** non hanno espressamente nominato ed incaricato e/o concordato.

### 1.8 Responsabilità per l'uso di veicoli

I **Sottoscrittori** coprono anche la responsabilità civile dell'**Assicurato** per **Sinistri** inerenti a:

- (a) La qualità di padrone o committente del **Contraente** secondo l'art. 2049 del Codice Civile, inclusi i danni alla persona dei passeggeri, causati da un **Dipendente** alla guida di un veicolo a motore, a condizione che tale veicolo a motore sia di proprietà del **Contraente** e/o sia stato locato al **Contraente**.
- (b) L'uso di biciclette e veicoli a pedali.
- (c) L'uso e la guida, all'interno degli spazi dove sono svolte le **Attività dell'Assicurato** specificate in questa **Polizza**, di veicoli in generale, inclusi veicoli a motore, elettrici, macchinari auto-moventi, impianti ed apparecchiature, anche se il conducente non è a ciò autorizzato dalla normativa vigente.
- (d) **Danno**, escluso furto o tentato furto, causato a qualsiasi mezzo di trasporto di **Terzi** e alle Cose ivi contenute, mentre si trova nei luoghi dove sono svolte le **Attività dell'Assicurato** menzionate nella presente **Polizza**, per carico e scarico.
- (e) **Danni** a veicoli appartenenti a **Terzi** o **Dipendenti**, mentre parcheggiati negli spazi dove sono svolte le **Attività dell'Assicurato** specificate nella presente **Polizza**, esclusi i danni alle cose contenute.

Tuttavia il presente art. 1.8 non si applica ai rischi ricadenti nella materia dell'assicurazione obbligatoria per la circolazione dei veicoli di cui alla Legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione, come escluso all'art. 2.4.

### 1.9 Violazione delle Informazioni Confidenziali e della Data Protection

I **Sottoscrittori** si impegnano ad indennizzare l'**Assicurato** per qualsiasi somma di denaro che l'**Assicurato** dovesse essere tenuto a pagare per legge (capitale, interessi e spese) per **Danni** non intenzionalmente e accidentalmente cagionati a **Terzi** sorgenti da un **Sinistro** in relazione ad una violazione (o asserita violazione) di alcuna legislazione Europea sulla Data Protection (GDPR 2016/679), e/o qualsiasi violazione delle Informazioni Confidenziali.

### 1.10 Molestie sessuali/Abuso

I **Sottoscrittori** copriranno in ipotesi di responsabilità civile dell'**Assicurato** che sorga da un **Sinistro** relativo o causato da un **Abuso** da parte dell'**Assicurato** medesimo.



## ARTICOLO 2 Esclusioni

Questa Assicurazione esclude:

- 2.1
- (i) Qualsiasi **Sinistro** già noto all'Assicurato alla data di inizio della **Polizza** menzionata al punto 3 della **Scheda di copertura**, anche se mai denunciata ai precedenti **Assicuratori**;
  - (ii) Qualsiasi **Sinistro** denunciato ai **Sottoscrittori** (od ai loro rappresentanti della gestione sinistri, nominati nella **Scheda di copertura**) dopo la data di scadenza della **Polizza** (punto 3 della **Scheda di copertura**) o dopo il periodo di grazia dettagliato in **Polizza** (punto 5 della **Scheda di copertura**)
  - (iii) Uno qualsiasi dei seguenti eventi materiali che si verifichino prima della data di inizio del **Periodo di Durata** della **Polizza**, come specificato al punto 3 della **Scheda di copertura** (Tali eventi avrebbero dovuto essere rivelati ai **Sottoscrittori** prima dell'inizio della presente **Polizza** e separatamente notificati ai precedenti **Assicuratori**, se la presente è la prima **Polizza** concorrente tra il **Contraente** e il **Coverholder**) come eventi materiali facenti parte delle dichiarazioni nel **Questionario Proposta** allegato o della dichiarazione assenza sinistri parte integrante del **Questionario Proposta**);
- (a) Qualsiasi indagine condotta da qualunque autorità che abbia poteri di investigazione sull'attività dell'Assicurato;
  - (b) Qualsiasi ingiunzione, atto di citazione, o qualsiasi comunicazione scritta che presupponga una affermazione di responsabilità a carico dell'Assicurato
  - (c) Qualsiasi evento che sia stato o sia oggetto di indagini penali o da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
  - (d) Qualsiasi sequestro di cartelle cliniche, avviso di garanzia, rinvio a giudizio o incidente probatorio, accertamenti tecnici preventivi o qualsiasi altro atto o comunicazione relativa all'Assicurato da cui possa desumersi la pendenza di un procedimento;
- (Le sopra indicate a) - d) devono includere anche eventi **Dannosi** o fatti su cui pende qualsiasi forma di indagine conosciuta)
- 2.2 Qualsiasi **Sinistro** che coinvolge direttamente un **Medico Libero Professionista**, o comunque sia inerente la sua responsabilità personale, a meno che il **Sinistro** non coinvolga anche l'Assicurato;  
E' in qualsiasi caso concordato tra le parti che la responsabilità contrattuale dei **Medici liberi professionisti** e' esclusa dall'assicurazione, salvo specifico accordo contrario concluso e rilasciato dai **Sottoscrittori**.
- 2.3 Qualsiasi dei seguenti casi:
- (i) danni causati da frode e furto, salvo il disposto dell'art. 1.6.2, e qualsiasi atto od omissione (sia fisico che psicologico) doloso con il quale l'Assicurato o soggetto incaricato (persona fisica, persona giuridica o altre entità) direttamente dall'Assicurato e che agisce nell'interesse di quest'ultimo o per suo conto intenda infliggere una lesione, sofferenza, pregiudizio, **Danno**, danni o trarre ingiusto vantaggio economico, a prescindere da qualsiasi responsabilità contingente del **Contraente** derivanti da tale atto intenzionale o volontario;
  - (ii) qualsiasi negligenza nella riparazione di immobili e terreni o difetto di ragionevole manutenzione di immobili e terreni.
- 2.4 Qualsiasi dei seguenti casi:
- (i) tutti i rischi soggetti all'assicurazione **obbligatoria** per la circolazione dei veicoli a motore di cui alla Legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
  - (ii) la proprietà, il possesso o l'uso di qualsiasi velivolo, imbarcazione, hovercraft, veicolo a motore o altri mezzi di trasporto salvo la copertura prestata secondo l'art. 1.8 (Responsabilità per l'uso di veicoli);
- 2.5 Qualsiasi macchinario, merce o prodotti realizzati, fabbricati, imballati, distribuiti o venduti dall'Assicurato, dopo la consegna ad un **Terzo**;



- 2.6 Mancato o cattivo funzionamento di computer, altri sistemi informatici, programmi o applicazioni nel riconoscimento delle date di calendario;
- 2.7 Rapporti di lavoro con i **Dipendenti** e collaboratori, o discriminazioni di qualsiasi tipo verso qualsiasi persona, stalking o qualsiasi altra molestia sessuale e simili salvo che il **Sinistro** riguardi unicamente la lesione alla persona (escludendo comunque qualsiasi aspetto del **Sinistro** che riguardi **Danno** morale, stress, ansia salvo se la Legge obblighi l'assicurazione di tali Sinistri);
- 2.8 **Danni** punitivi o esemplari, ammende, multe e qualsiasi sanzione inflitta all'**Assicurato** (anche in riferimento all'esclusione 2.19 : D&O);
- 2.9 L'uso da parte del **Contraente** o la presenza nei luoghi del **Contraente** di amianto o muffe tossiche;
- 2.10 Qualsiasi **Danno** causato da terremoto, alluvione, eruzione, frana, tsunami, tempesta, o qualsiasi altro fenomeno naturale;
- 2.11 Eventi verificatisi o fatti ed omissioni verificatisi prima della **data di retroattività** menzionata al punto 4 della **Scheda di copertura**;
- 2.12 Qualsiasi **Danno** o pregiudizio causato o con il concorso causale di un farmaco difettoso **Prescritto** o fornito dall'**Assicurato**
- 2.13 Qualsiasi dei seguenti casi:
- (i) guerra (dichiarata o meno), invasione, atti ostili di potenza straniera, ostilità e qualsiasi atto simile, condizione o operazione bellicosa da parte di una forza militare regolare o irregolare o altra autorità per respingere o difendere un attacco attuale od imminente;
  - (ii) insurrezione, ribellione, rivoluzione, rivolta, golpe, attentata usurpazione di potere, sommossa popolare o qualsiasi iniziativa adottata da una autorità governativa o militare per il loro respingimento o difesa;
  - (iii) confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o danni alla proprietà da o sotto l'ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale;
  - (iv) rilascio, esplosione o uso di armi di distruzione di massa, sia o meno di tipo nucleare, chimico, biologico, radioattivo o simili, da parte di chiunque in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione;
  - (v) qualsiasi azione terroristica (a prescindere da qualsiasi altra causa o evento che abbia concorso alla responsabilità) o qualsiasi altra azione per controllare, prevenire od eliminare una azione terroristica;
  - (vi) radioattività, trasformazione o trasmutazione dell'atomo, sia con processo naturale o generato artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori etc.), salvo quanto previsto all'art. 1.5.2;
  - (vii) il possesso e l'uso di sostanze esplosive, salvo che ciò sia necessario per l'esecuzione di lavori commissionati dal **Contraente**;
- 2.14 Qualsiasi caso in cui l'**Assicurato** abbia diritto ad un **Indennizzo** in virtù di un'altra **Polizza** di assicurazione (o vi avrebbe avuto diritto secondo questa **Polizza**), salvo quando tale **Polizza** sia stata sottoscritta unicamente a secondo rischio per il pagamento di un **Indennizzo** oltre i **Massimali** previsti dalla presente **Polizza**;
- 2.15 Qualsiasi **Sinistro** avanzato dall'**Assicurato** o nel suo interesse o del **Medico Libero Professionista** (salvo quanto previsto all'art. 1.3 (RCO) o quando il **Dipendente** è considerato **Terzo**).
- 2.16 Qualsiasi **Sinistro** inerente a Maternità/Ostetricia:
- a) La nascita, incluso il parto, di un bambino/i, sia esso naturale (pilotato oppure no) che con parto cesareo
  - b) L'aborto clinico

Tuttavia questa esclusione 2.16, non si applica a qualsiasi responsabilità che sorga direttamente da attività pre-natale quali esami di laboratorio, ecografie, esami fisici, fornitura di medicazioni e/o consulenza medica.



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

- 2.17 **Qualsiasi Sinistro** inerente a RC prodotti e/o derivanti da impianti di protesi e/o derivanti da difetto del prodotto.
- A titolo informativo ma non limitativo: questa esclusione e' applicata a qualsiasi protesi utilizzata in qualsiasi operazione di chirurgia e non.
- 2.18 **Qualsiasi Sinistro** derivante da attivita' medica e/o sanitaria in genere diverse dalle **Attività dell'Assicurato** indicate nella descrizione del rischio e nel **Questionario Proposta** facende parte integrante del contratto.
- 2.19 **Qualsiasi responsabilità che incomba in capo all'Assicurato in qualità di socio, direttore, consigliere e/o sindaco della Contraente con riguardo all'adempimento o omissione dei suoi doveri nella predetta qualità.**
- 2.20 Con riguardo alla copertura per la Violazione delle Informazioni Confidenziali e Data Protection di cui all'art. 1.9 che precede, i Danni cagionati da:
- a) Alcuna azione di hackeraggio e/o distruzione e/o violazione della sicurezza di e/o diniego di accesso ad un computer e/o un sistema computerizzato (incluso l'hardware, il software, i microchip, il firmware, i microprocessori, un apparecchio elettronico e qualsivoglia strumento che produce o processa o riceve o immagazzina istruzioni o informazioni elettroniche) o un sito web;
  - b) La trasmissione o ricezione di un virus, di un programma o di un codice che provoca perdite o danni a un sistema computerizzato e/o impedisce o riduce le sue normali performance funzionali.



## ARTICOLO 3

### Obblighi in Caso di Sinistro

#### 3.1 Denuncia in caso di Sinistro

E' condizione essenziale per essere indennizzato secondo la presente Polizza, che il Contraente comunichi ai Sottoscrittori (per tramite di Capanna Insurance Services spa indicato in Scheda di copertura) entro e non oltre 20 giorni:

- a) Qualsiasi Sinistro;
- b) Qualsiasi indagine condotta da qualunque autorità che abbia poteri di investigazione sull'attività dell'Assicurato;
- c) Qualsiasi ingiunzione, atto di citazione, o comunque comunicazione scritta notificato all'Assicurato che presupponga una affermazione di responsabilità a carico dell'Assicurato, a titolo informativo ma non limitativo, qualsivoglia ricorso ex art. 696 bis c.p.c. depositato nei confronti dell'Assicurato o qualsivoglia istanza di mediazione presentata, ai sensi dell'art. 5, comma 1 bis D.Lgs. 4 marzo 2010, 28, nei confronti dell'Assicurato;
- d) Qualsiasi evento che sia stato o siano oggetto di indagini penali o da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- e) Qualsiasi sequestro di cartelle cliniche, avviso di garanzia, rinvio a giudizio o incidente probatorio, relativo all'Assicurato posto in essere da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- f) Le sopra indicate devono includere anche eventi Dannosi o fatti su cui pende qualsiasi forma di indagine conosciuta alla Contraente.

Tale denuncia deve includere la prova della data di prima notifica (all'Assicurato) e/o di ricezione della richiesta di risarcimento, i dettagli dell'atto, errore o omissione, operazione o evento che ha dato vita al Sinistro e/o Danno inclusa la data di tale azione, errore o omissione, operazione o evento; i nomi delle persone coinvolte in tale atto, i nomi dei soggetti che avanzano pretese risarcitorie e la quantificazione del Danno. I Sottoscrittori non prenderanno in gestione il Sinistro fino a che i requisiti sopra menzionati non siano stati inoltrati al gestore sinistri.

Nell'eventualità in cui durante il periodo di durata della Polizza venisse notificata ai Sottoscrittori una qualsiasi delle circostanze sopra previste, qualsiasi richiesta di risarcimento derivante direttamente dalla suddetta notifica sarà da intendersi come notificata durante il periodo di durata della Polizza.

Queste informazioni devono essere rese note ai i Sottoscrittori in Dipendentemente dal fatto che gli ammontari rientrino nella SIR stabilita dal contratto. Qualora un Sinistro sia interamente gestito dalla Contraente, i Sottoscrittori dovranno essere tenuti informati ed aggiornati sull'evoluzione di qualsiasi Sinistro.

Se l'Assicurato non è materialmente in grado di denunciare il Sinistro durante il Periodo di Durata della Polizza, I Sottoscrittori potrebbero concedere ulteriore periodo di grazia come descritto nel punto 5 della Scheda di copertura , purché l'Assicurato venga a conoscenza del Sinistro durante Il periodo di durata della Polizza. Qualsiasi Sinistro denunciato dopo il periodo di grazia (se alcuno) descritto al punto 5 della Scheda di copertura non sarà risarcibile da questa Polizza.

Il Contraente dovrà fornire all'Ufficio di Gestione Sinistri nominato dai Sottoscrittori e menzionato nella Scheda di copertura tutte le informazioni, documenti e prove che dovessero essere ragionevolmente necessarie.

Ai fini della copertura RCO, il Contraente dovrà anche denunciare qualsiasi decesso e infortunio oggetto di indagini da parte della magistratura secondo la normativa sugli infortuni sul luogo di lavoro, ed in quest'ultimo caso i 20 giorni per la denuncia decorreranno dalla data alla quale il Contraente ha avuto conoscenza di tale indagine. Il Contraente in seguito riferirà all'Ufficio di Gestione Sinistri qualsiasi richiesta o azione intrapresa dal soggetto che avanza pretese risarcitorie o dagli altri soggetti titolari (rappresentante legale o eredi), o intrapresa dagli enti assicurativi e previdenziali coinvolti, e dovrà prontamente trasmettere qualsiasi documento riguardante la controversia.

Allo scadere di ogni periodo di Durata della Polizza i Sottoscrittori forniranno, mediante l'Ufficio di Gestione Sinistri , al Contraente un riepilogo aggiornato di tutti i Sinistri registrati.

In particolare, se l'Assicurato non comunica ai Sottoscrittori l'instaurazione del procedimento di cui all'art. 696 bis c.p.c., impedendo loro la partecipazione, gli stessi hanno il diritto di essere indennizzati dall'Assicurato di eventuali spese di consulenza e di lite oltre che di indennità / penalità pecuniarie che saranno condannati a corrispondere



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

anche in relazione al procedimento di cui all'art. 696 bis del Codice di Procedura Civile, dal Giudice con il provvedimento che definisce il giudizio.

### 3.2 Cooperazione

E' condizione essenziale per essere indennizzato secondo questa **Polizza**, che l'**Assicurato**:

- (a) fornisca prontamente ai **Sottoscrittori** tutti i dati relativi ad ogni **Sinistro** e/o ogni questione in relazione alla quale l'**Assicurato** ha chiesto di essere indennizzato secondo questa **Polizza**;
- (b) fornisca prontamente ogni cooperazione ed assistenza ragionevolmente richiesta dai **Sottoscrittori** e dai loro rappresentanti, legali, o mandatari;
- (c) si assicuri che tutti i documenti relativi ad ogni **Sinistro** siano conservati integri e non siano in alcun modo distrutti, cancellati o comunicati a **Terzi** (salvo il caso di comunicazione ai legali del **Contraente**) senza il preventivo consenso scritto dei **Sottoscrittori**;
- (d) ceda ai **Sottoscrittori**, secondo l'art. 1260 c.c. del Codice Civile, tutti i diritti spettanti all'**Assicurato** contro qualsiasi **Terzo** prima o dopo che sia pagato l'**Indennizzo** secondo questa **Polizza**, nei quali diritti i **Sottoscrittori** saranno comunque surrogati ex art. 1916 del Codice Civile. L'**Assicurato** dovrà, a proprie spese, fornire l'assistenza che potrebbe essere ragionevolmente richiesta da questi al fine di esercitare tali diritti o le azioni connesse contro qualsiasi **Terzo**.

D'altra parte, come condizione per esercitare il diritto di recupero e rivalsa nell'ambito dell'art. 4.7 di questa **Polizza**, i **Sottoscrittori** devono:

- (a) comunicare al **Contrante**, l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro 10 (dieci) giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo agli **Assicuratori**, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, fornendo anche una copia dell'atto introduttivo del giudizio;
- (b) comunicare al **Contraente** l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con l'invito a partecipare, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

### 3.3 Divieto di riconoscimento di responsabilità

E' condizione essenziale per essere indennizzato secondo questa **Polizza** (tranne per quei sinistri che non eccedono la **SIR** descritta in **Polizza**, incluso relative spese legali) che l'**Assicurato** (o qualsiasi persona, ditta o società che agisca in nome e per conto dell'**Assicurato**), salvo preventiva autorizzazione dei **Sottoscrittori**, non riconosca la responsabilità né addivenga a transazioni, né liquidi né formuli alcuna offerta di pagamento riguardo ad alcun **Sinistro**.

E' concordato tra le parti che in caso di mancata osservazione e/o violazione delle sopra citate condizioni 3.1, 3.2, 3.3 da parte dell'**Assicurato**, i **Sottoscrittori** avranno il diritto di escludere i **Sinistri** interessati da tale mancato rispetto ai sensi di questa **Polizza** o di ridurre la loro responsabilità in base al pregiudizio sofferto in relazione alla difesa dei **Sottoscrittori** su un determinato **Sinistro** e/o alla negoziazione di una determinata transazione. Onere della prova sui **Sottoscrittori**. Quanto precede a meno che:

- (a) Tale esclusione sia contraria alla Assicurazione **Obbligatoria**, nel qual caso il limite minimo di **Indennizzo** si applica a tale **Sinistro** come definito nell'ambito della Assicurazione **Obbligatoria**;
- (b) tali pregiudizi si riferiscono a un disaccordo come più dettagliatamente indicato nell'ambito della clausola "SULL'ACCORDO PER LA DEFINIZIONE DEI SINISTRI".

## ARTICOLO 4 Condizioni Di Validita' Della Polizza

### 4.1 DURATA DEL CONTRATTO – ASSENZA DI TACITO RINNOVO - DIRITTO DI RECESSO ALLA SCADENZA ANNUALE

La presente **Polizza** avrà inizio e scadenza alle date rispettivamente indicate dal punto 3 della **Scheda di copertura** (ossia durante il periodo di **Durata della Polizza**). A deroga del disposto dell'art. 1899 del Codice Civile e' convenuto tra le parti che e' escluso il tacito rinnovo. Se questa **Polizza** è una **Polizza** a più annualità, ciascuna parte può recedere dal presente contratto alla data di scadenza di ogni periodo annuale di assicurazione con un preavviso di 30 giorni.

Un periodo di durata della **Polizza** può essere inferiore ad un anno intero se convenuto dalle parti.



#### 4.2 VALIDITA' TERRITORIALE E TEMPORALE, CLAUSOLA "CLAIMS MADE", RETROATTIVITA' ED ESTENSIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

##### 4.2.1 VALIDITA' TERRITORIALE

Riguardo alla copertura RCT Responsabilità Civile verso Terzi si conviene che il presente contratto di assicurazione opera per i **Danni** verificatisi in Italia a fronte dei quali la **Richiesta di risarcimento** sia avanzata in qualsiasi paese del mondo salvo che la **Richiesta di risarcimento** sia avanzata presso un qualsiasi organo giudiziale degli Stati Uniti d'America o del Canada, e salvo che la **Richiesta di risarcimento** sia avanzata in qualsiasi altro stato del mondo per ottenere l'esecuzione di una sentenza o decisione emessa da qualsiasi organo giudiziale degli Stati Uniti d'America o del Canada.

Riguardo alla copertura RCO - Responsabilità Civile verso i **Dipendenti** - il presente contratto di assicurazione si applica ai **Danni** verificatisi in qualsiasi parte del mondo ma limitatamente ai **Sinistri** soggetti alla giurisdizione italiana e sollevati presso tribunali italiani.

##### 4.2.2 VALIDITA' TEMPORALE, CLAUSOLA "CLAIMS MADE", RETROATTIVITA' E ESTENSIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

La presente **Polizza** è prestata con clausola "claims made", ossia a copertura dei **Danni** a seguito di richieste di risarcimento avanzate per la prima volta durante il periodo di **Durata della Polizza**, e a condizione che derivino da eventi, errori od omissioni verificatisi dopo la **data di retroattività** stabilita al **punto 4** della **Scheda di copertura** ed a condizione che l'**Assicurato** ne dia avviso ai **Sottoscrittori** secondo gli artt. 3.1-3.3 durante il periodo di **Durata della Polizza** ed in ogni caso non oltre la scadenza del periodo di **Durata della Polizza** (punto 3 della **Scheda di copertura**).

Solamente in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale del **Contraente**, l'Assicurazione garantirà un periodo di ultrattività della copertura per i **Sinistri** presentati per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferiti a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della **Polizza**, subordinato a quanto segue:

- (a) il periodo di retroattività della copertura stabilita al punto 4 della **Scheda di copertura**;
- (b) l'**Assicurato** deve **informare** i **Sottoscrittori** in conformità delle previsioni di cui agli artt. 3.1-3.3;
- (c) l'**Assicurato** deve versare un premio supplementare calcolato come il 300% del premio di **Polizza** annualizzato (compresi qualsiasi premio aggiuntivo addebitato durante il corso del Periodo di **Polizza**) al **Coverholder** entro 30 giorni dalle date di pagamento delle rate per la rilevante percentuale di questo premio supplementare, come specificato di seguito:

Data di decorrenza delle rate	Percentuale del Premio dovuta
Inception (del periodo di estensione di cui sopra)	40% (i.e. 120% del premio di <b>Polizza</b> annualizzato)
Inception più 12 mesi	30% (i.e. 90% del premio di <b>Polizza</b> annualizzato)
Inception più 24 mesi	20% (i.e. 60% del premio di <b>Polizza</b> annualizzato)
Inception più 36 mesi	10% (i.e. 30% del premio di <b>Polizza</b> annualizzato)
<b>TOTALE</b>	<b>100% (i.e. 300% del premio di <b>Polizza</b> annualizzato *)</b>

\*Il premio pro-rata annualizzato e' comprensivo di qualsiasi premio addizionale addebitato durante il periodo della **Polizza**.

I **Sottoscrittori** non devono avere alcuna responsabilità ai sensi della presente **Polizza**, in relazione a, in via diretta o indiretta, derivante da, oppure in alcun modo essere coinvolti in qualsiasi attuale o asserito atto, errore, omissione e / o evento commesso o occorso dopo lo spirare di tale termine previsto.

In caso in cui il **Contraente** non possa adempiere al pagamento dei premi aggiuntivi richiesti o di alcuna **SIR** per qualsiasi ragione, è compreso e accordato che la previsione di questo periodo di ultrattività della **Polizza** di 10 (dieci) anni deve comunque applicarsi ma con un limite di copertura ridotto in conformità alla **Assicurazione Obbligatoria (DDL Gelli)**



#### 4.3 MEDICI NON DIPENDENTI – OBBLIGO DI MINIMA ASSICURAZIONE PERSONALE

E' condizione per aver diritto all'**Indennizzo** secondo la presente **Polizza** che l'**Assicurato** si accerti e conservi prova del fatto che:

- (a) come previsto ai sensi dell'art. 10, comma 2 DDL Gelli, tutti i **Medici liberi professionisti** (salvo specifico patto contrario) abbiano sottoscritto una propria **Polizza** di assicurazione individuale operante a primo rischio a copertura della propria responsabilità professionale medica sanitaria con un massimale uguale o maggiore di quello indicato al punto 18 della **Scheda di copertura**;  
Come parte integrante di tale condizione, I **Sottoscrittori** richiedono che il **Contraente** si impegni con ogni massima prestazione (prevedendo una ragionevole gestione e previsione del rischio) a mantenere una lista di tutti i **Medici liberi professionisti** inclusi i dettagli di chi sia l'**Assicuratore**, del limite di **Indennizzo** concordato, se si tratti polizze a primo o a secondo rischio e del periodo di **Polizza** incluse la data di scadenza e la data di retroattività'.  
I **Sottoscrittori** richiedono che suddetta lista sia resa disponibile ad ispezione in qualsiasi momento.
- (b) come previsto ai sensi dell'art. 10, comma 3 DDL Gelli, l'**Assicurato** deve adottare tutte le misure opportune per preservare e assicurare l'effettività dei diritti e rimedi di rivalsa e cooperare con i **Sottoscrittori** e fornire loro l'opportuna assistenza nell'esercizio del proprio diritto di rivalsa e regresso;
- (c) tutti gli esercenti la professione sanitaria (inclusi i **Dipendenti**) nominati da e/o che esercitano in nome o per conto del **Contraente** e/o che in ogni caso esercitano nei locali del **Contraente** dispongano e mantengano la licenza approvata dal Ministero della Salute o da qualsiasi altro ente competente per la concessione di licenze o iscrizioni.

È una condizione aggiuntiva al diritto di **Indennizzo** sottostante che il **Contraente** abbia implementato il sistema di gestione del rischio per assicurare le condizioni di cui alle lett. (a) - (c) sopra menzionate.

Si precisa che i vari individuali sottolimiti di **Indennizzo** specificati in questa **Polizza** e/o qualsiasi sottolimito addizionale concordato con l'**Assicurato** e' parte del massimale di **Indennizzo** specificato in **Scheda di copertura** e non verterà considerato aggiuntivo alla massima esposizione dei **Sottoscrittori** ai sensi di questa **Polizza**.

#### 4.4 ALTRE ASSICURAZIONI

##### 4.4.1 Altra assicurazione sottoscritta dal Contraente

Se un **Sinistro** è coperto anche da un qualsiasi altro contratto di assicurazione sottoscritto dal **Contraente**, il presente contratto di assicurazione opererà a secondo rischio, ossia per l'importo eccedente il massimale previsto da tale altro contratto di assicurazione, sempre nei limiti dei **Massimali**, dei **Sottolimiti** e delle **SIR** di cui alla presente **Polizza**.

##### 4.4.2 Altra assicurazione sottoscritta dall'Assicurato

Se un **Sinistro** è coperto anche da qualsiasi altro contratto di assicurazione personale o collettivo sottoscritto da un medico o sanitario o qualsiasi altro soggetto **Assicurato** dalla presente **Polizza**, si applicherà l'art. 1910 Cod. Civ. e questa altra assicurazione dovrà proporzionalmente partecipare all'**Indennizzo**, fermi i **Massimali** e le **SIR** di cui alla presente **Polizza**. Ciò vale anche se i contratti di assicurazione sottoscritti dal singolo **Assicurato** sono a secondo rischio, essendo convenuto che in nessun caso il presente contratto di assicurazione potrà operare a primo rischio con rinuncia alla compartecipazione di cui all'art. 1910 del Cod. Civ.

##### 4.4.3 Obbligo di denuncia a tutti gli Assicuratori

L'obbligo di informare i **Sottoscrittori** dell'esistenza di un altro contratto di assicurazione sorge in qualsiasi caso di **Sinistro**. Sia nel caso di cui all'art. 4.4.1 che nel caso di cui all'art. 4.4.2 qui sopra, l'**Assicurato** dovrà denunciare il **Sinistro** a tutti i suoi **Assicuratori** e comunicare a ciascun **Assicuratore** il nome degli altri nonché degli estremi delle polizze invocate, a norma dell'art. 1910, terzo comma Cod. Civ.



#### 4.5 PRECAUZIONI OPPORTUNE

L'Assicurato deve adottare tutte le ragionevoli misure idonee a prevenire qualsiasi incidente, deve prevenire od interrompere qualsiasi attività che possa far sorgere una responsabilità giuridica, e deve altresì adottare tutte le opportune iniziative al fine di osservare e rispettare ogni obbligo e requisito richiesto da leggi e norme, dello Stato e delle competenti autorità locali.

#### 4.6 CLAUSOLA SULLA STRUMENTAZIONE

E' condizione essenziale perché l'Assicurato abbia diritto ad essere difeso ed abbia diritto a ricevere l'Indennizzo da parte dei Sottoscrittori, che qualsiasi strumento o attrezzatura usato o da usarsi nello svolgimento delle attività dell'Assicurato e che sia destinato ad entrare in contatto con liquidi corporei (sia umani che animali) o sia destinato a penetrare tessuti (sia umani che animali) sia maneggiato, usato e conservato secondo le istruzioni del produttore, e, se previsto dal produttore e dal Ministero della Salute o altra autorità competente per un uso ripetuto, che sia sterilizzato prima di ogni utilizzo:

- (a) sia mediante il solo uso di apparecchi di sterilizzazione approvati dal produttore e secondo le istruzioni, raccomandazioni e linee guida di tale produttore;
- (b) sia secondo le linee guida del Ministero della salute o altra autorità competente.
- (c) sia mantenuto in ottimale stato di manutenzione, conservazione e funzionamento, secondo le istruzioni del produttore, e che all'occorrenza sia riparato solo da personale autorizzato dal produttore.

Qualora l'Assicurato non rispetti questo requisito di Polizza, i Sottoscrittori avranno il diritto di escludere i Sinistri interessati da tale mancato rispetto ai sensi di questa Polizza o di ridurre la loro responsabilità in base al pregiudizio sofferto in linea con l'Assicurazione Obbligatoria imposta dai decreti attuativi.

#### 4.7 CESSIONE DEI DIRITTI, SURROGA E RIVALSA

Subordinatamente all'osservanza da parte dei Sottoscrittori degli obblighi definiti all'art. 3.2 di cui sopra, i Sottoscrittori hanno facoltà:

- (a) ai sensi dell'art. 1916 e 1260 Cod. Civ., di surrogarsi in tutti i diritti di rivalsa spettanti all'Assicurato contro qualsiasi terzo responsabile fino a concorrenza delle indennità pagate o da pagare e di qualsiasi spesa sostenuta o da sostenersi;
- (b) contro qualunque Assicurato così come definito all'art. 9 (b), (c), (d) o (e), di esercitare il diritto di rivalsa soltanto in caso di atti fraudolenti commessi da quest'ultimo una volta accertato dell'autorità giudiziaria, entro i limiti di cui all'art. 9 del DDL Gelli. Specificamente, come definito ai sensi dell'art. 9, comma 2 DDL Gelli, nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non prenda parte al giudizio o alla procedura stragiudiziale di risarcimento del Danno con il danneggiato, il diritto di recupero/rivalsa deve essere esercitato soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed e' esercitato, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento da parte dei Sottoscrittori al danneggiato;
- (c) contro i Medici liberi professionisti, di esercitare il diritto di rivalsa, entro i limiti di cui all'art. 9 del DDL Gelli;
- (d) in caso di azione esercitata dal Danneggiato direttamente contro i Sottoscrittori, come previsto all'art. 12 DDL Gelli, questi ultimi avranno il diritto di rivalsa e rimborso nei confronti dell'Assicurato e dei Medici liberi professionisti, per il recupero di eventuali pagamenti rientranti in Franchigia e/o nella SIR, nel rispetto delle condizioni dell'Assicurazione Obbligatoria,

#### 4.8 RINUNCIA ALLA RIVALSA

I Sottoscrittori accettano di rinunciare alla rivalsa, salvo in caso di azione e/o omissione dolosa o salvo azione di rivalsa condotta dal Contraente, nei confronti dei seguenti soggetti:

- (a) qualunque Assicurato così come definito all'art. 9 (b), (c), (d) o (e) (salvo il caso di azione/omissione dolosa);
- (b) associazioni, enti caritatevoli e ONLUS che cooperano con l'Assicurato nelle attività elencate nel Questionario Proposta;
- (c) altre categorie di personale (se esistenti) non alle dirette dipendenze del Contraente ma per le quali il Contraente sia tenuto per legge ad assicurare a proprie spese. Questa clausola non si applica ai Medici liberi professionisti;
- (d) disabili e invalidi alloggiati temporaneamente nei locali del Contraente come ricoverati;
- (e) persone partecipanti a programmi di formazione, socializzazione, riabilitazione, terapia;
- (f) minorenni affidati o comunque sottoposti alla tutela del Contraente per provvedimento giudiziale.



#### 4.9 DIRITTO DI RECESSO

A seguito di ogni denuncia di **Sinistro**, i **Sottoscrittori** hanno la facoltà di recedere dal contratto dando al **Contraente** un preavviso di 90 giorni.

Tuttavia, se l'**Assicurato** notifica un **Sinistro** che sia falso o fraudolento, questa **Polizza** verrà considerata cancellata dal giorno di notifica del **Sinistro** contestato (si precisa che il diritto di recesso si applicherà anche se il **Sinistro** ricade in SIR).

Qualsiasi attività compiuta dai **Sottoscrittori**, inclusa la raccolta dei premi intrapresa dopo la data del recesso, non dovrà essere intesa come una rinuncia al recesso.

#### 4.10 SELF-INSURE RETENTION PER SINISTRO

La copertura assicurativa di cui alla presente **Polizza** è prestata a condizione che una porzione del rischio rimanga a carico del **Contraente** per mezzo di una SIR per **Sinistro** come definita nel presente contratto e specificata al punto 17 della **Scheda di copertura**.

1. La gestione e la liquidazione di qualsiasi **Sinistro** debitamente denunciato ai **Sottoscrittori** sarà effettuata dai **Sottoscrittori** mediante un Ufficio di Gestione Sinistri (c.d. *loss adjuster*) con l'assistenza del competente ufficio del **Contraente**. Si applicano le condizioni come da Appendix 1 e 2, oltre all'art. 3.1 - 3.2 e 3.3 ed i criteri di cui all'art. 1.7.
2. L'Ufficio di Gestione Sinistri comunicherà al **Contraente** ogni pagamento da dover effettuare per l'**Indennizzo** e le spese da corrispondere al danneggiato, considerando la contribuzione di eventuali altre assicurazioni partecipanti e tenendo conto della SIR di cui alla **Scheda di copertura**.
3. Qualsiasi pagamento sarà effettuato nei più brevi tempi possibili ed in ogni caso non oltre 30 giorni lavorativi dall'inoltro della quietanza o dell'atto di transazione sottoscritto dal beneficiario.
4. Qualsiasi spesa ulteriore o maggiore derivante dal mancato, ritardato o parziale pagamento, o derivante dal pagamento a titolo di **Indennizzo** e/o di spese non previamente approvati dall'Ufficio di Gestione Sinistri, saranno interamente posti a carico del **Contraente**, e non dovranno costituire pregiudizio per i diritti dei **Sottoscrittori**;

## ARTICOLO 5

### Altre Norme

#### 5.1 DATA DI DECORRENZA DELLA COPERTURA - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il presente contratto di assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data specificata nel punto 3 della **Scheda di copertura** e, in espressa deroga all'art. 1901 Cod. Civ., il premio deve essere corrisposto al **Coverholder** o ai loro rappresentanti locali entro 30 giorni dalla data di decorrenza.

In espressa deroga all'art. 1901 Cod. Civ. qualsiasi premio successivo deve essere corrisposto entro 30 giorni dalla relativa data di decorrenza.

Nel caso in cui il **Contraente** non adempia all'obbligo di pagamento entro il termine sopra specificato, il presente contratto di assicurazione sarà sospeso e riprenderà alle ore 24.00 del giorno in cui è effettuato il pagamento, senza modifica delle date di scadenza della **Polizza**, ma con la facoltà per i **Sottoscrittori** di modificare le modalità e le condizioni in caso di denuncia di un **Sinistro** o di qualsiasi altro evento rilevante per la loro valutazione del rischio coperto dal presente contratto, se questo si verifica prima della data di sospensione.

Salvo se diversamente specificato mediante la apposita appendice alla presente **Polizza**, tutti i premi sono da corrispondersi al Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's tramite il Broker menzionato al punto 20 della **Scheda di copertura**.

Il Premio relativo ad ogni periodo di assicurazione sarà sempre dovuto per intero, anche se è concessa una rateizzazione dei premi ed anche se è richiesto un versamento anticipato del premio al momento dell'inizio del periodo di **Durata della Polizza**, con conguaglio alla scadenza.



#### 5.2 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Nel caso in cui il Premio menzionato nella **Scheda di copertura** sia soggetto a regolazione sulla base di dati variabili, il **Contraente** pagherà all'inizio di ciascun periodo di **Durata della Polizza** un premio "minimo in acconto non rimborsabile", calcolato applicando il convenuto tasso di premio al valore totale dei dati variabili stimati per detto periodo di **Durata della Polizza**.

Entro 90 giorni dalla scadenza di ogni periodo di **Durata della Polizza** il **Contraente** dovrà comunicare per iscritto ai **Sottoscrittori** il valore totale dei dati variabili a consuntivo riferito al periodo di **Durata della Polizza**. Il premio finale sarà calcolato applicando il tasso di premio al dato comunicato.

Quando la comunicazione di regolazione del premio è ricevuta dal **Contraente** esso dovrà corrispondere ai **Sottoscrittori** entro 30 giorni qualsiasi differenza tra il premio finale ed il premio minimo pagato in acconto.

I **Sottoscrittori** in qualsiasi momento, finché consentito dalla legge, saranno autorizzati ad effettuare verifiche e controlli, ed il **Contraente** sarà tenuto a fornire tutti i chiarimenti e la documentazione necessari.

Nel caso di mancato pagamento del premio a regolazione i **Sottoscrittori** riservano il diritto di rifiutare il pagamento di qualsiasi **Sinistro** notificato ai sensi di questa **Polizza**.

#### 5.3 ONERI FISCALI

Tutti gli oneri fiscali connessi al presente contratto di assicurazione sono a carico del **Contraente**.

#### 5.4 MODIFICHE AL CONTRATTO

Qualsiasi modifica al presente contratto dovrà essere apportata mediante una appendice firmata sia dal **Contraente** sia dai **Sottoscrittori**.

#### 5.5 DICHIARAZIONI CIRCA LE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze da parte del **Contraente** o dell'**Assicurato** circa le circostanze che sono essenziali ai fini della valutazione del rischio, sia preesistenti che sopravvenute, possono portare alla perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo** ed alla risoluzione del presente contratto di assicurazione, secondo gli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ.

#### 5.6 VARIAZIONI DI RISCHIO

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dai **Sottoscrittori** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Cod. Civ.).

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, i **Sottoscrittori** riservano il diritto di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso ed escludere eventuali sinistri relativi a qualsiasi modifica del rischio (esclusione 2.20)

Nel caso in cui l'**Assicurato** non accetti le nuove condizioni, i **Sottoscrittori**, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, hanno diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

#### 5.7 CLAUSOLA BROKER - COMUNICAZIONI AI SOTTOSCRITTORI

Il **Contraente** con il presente documento, conformemente all'art. 106 e ss. Del Codice delle Assicurazioni Private (D.Lgs. n. 209 del 7.9.2005), conferma di aver affidato la gestione e l'esecuzione del presente contratto di assicurazione al Broker menzionato al punto 20 della **Scheda di copertura**.

Il **Contraente** si impegna ad effettuare qualsiasi comunicazione riguardante il presente contratto di assicurazione via raccomandata A/R o fax tramite il menzionato Broker, delegato dal **Contraente** alla gestione del presente contratto di assicurazione. Questo articolo non pregiudica in alcun modo la notificazione ai **Sottoscrittori** tramite Capanna, di cui alla Condizione 3.1.

#### 5.8 GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

Per qualsiasi controversia avranno competenza giurisdizionale i giudici italiani, e specificamente il giudice del luogo ove è residente, o ha la propria sede legale, il **Contraente**.



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

#### 5.9 CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

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

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

ARCH UNDERWRITING AT LLOYD'S LIMITED, un'Agenzia di Gestione di Lloyd costituita e registrata in Inghilterra e Galles sotto il numero 06645822, la cui sede legale è il 5 ° piano, Plantation Place South, 60 Great Tower Street, Londra, che in questo caso ha l'autorità di accettare la notifica per loro conto.

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

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

#### 5.10 CLAUSOLA DI LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE SULLE SANZIONI

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



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

6 NOTA DI RECLAMI - ITALIA

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

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

Conferma scritta di ricezione del reclamo sarà inviata entro cinque (5) giorni lavorativi dalla presentazione dello stesso. La relativa decisione in merito sarà fornita per iscritto all'assicurato entro quarantacinque (45) giorni lavorativi dalla presentazione del reclamo.

In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) giorni lavorativi dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:

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

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

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

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

Il Contraente

MATER DEI Di G. Nesi & C. s.r.l.  
L'AMMINISTRATORE UNICO  
(Dott. Luigi Maria Nesi)

Data  
09/01/2019



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

Agli effetti degli artt. 1341 and 1342 Cod. Civ., ciascuna delle parti dichiara di

- a) conoscere e comprendere che la presente **Polizza** di assicurazione copre i **Sinistri** operando alla condizione "claims made" (definizioni n. 8, 9, e 10), ossia
  - (i) che riguardano una **Richiesta di risarcimento** avanzata per la prima volta e
  - (ii) che siano debitamente denunciati dall'**Assicurato** ai **Sottoscrittori** entro il periodo di **Durata della Polizza** (punto 3 della **Scheda di Copertura**).
- b) di aver letto e di approvare specificamente le previsioni contenute in **Polizza**.

Il Contraente

I Sottoscrittori

**MATER DEI** di G. Nesi & C. s.r.l.  
**L'AMMINISTRATORE UNICO**  
*(Dot. Luigi Maria Nesi)*

CLAUSOLA CLAIM FRAUDOLENTI

Se l'Assicurato avanza qualsiasi richiesta, sapendo che la stessa sia falsa o fraudolenta, per quanto riguarda l'importo o altro, il presente contratto deve diventare nullo e tutte le richieste proposte in virtù dello stesso devono essere rigettate.



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

## SCHEDA DI COPERTURA

### APPENDICI ALLA POLIZZA

CLAUSOLA SULL'ACCORDO PER LA DEFINIZIONE DEI SINISTRI  
PAGAMENTO DELLA SIR  
BONUS RINNOVO

### DEFINIZIONI

- 1.1 RCT RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI
- 1.2 DOLO E COLPA GRAVE
- 1.3 RCO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI
- 1.4 INQUINAMENTO ACCIDENTALE
- 1.7 SPESE LEGALI

### 2. ESCLUSIONI

#### 3. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

- 3.1 DENUNCIA IN CASO DI SINISTRO,
- 3.2 COOPERAZIONE,
- 3.3 DIVIETO DI RICONOSCIMENTO DI RESPONSABILITÀ

#### 4. CONDIZIONI DI VALIDITA' DELLA POLIZZA

- 4.1 DURATA DEL CONTRATTO - ASSENZA DI TACITO RINNOVO - DIRITTO DI RECESSO ALLA SCADENZA ANNUALE,
- 4.2 VALIDITA' TERRITORIALE E TEMPORALE, CLAUSOLA "CLAIMS MADE" E RETROATTIVITA',
- 4.3 MEDICI NON DIPENDENTI - OBBLIGO DI MINIMA ASSICURAZIONE PERSONALE
- 4.4 ALTRE ASSICIRAZIONI,
- 4.5 PRECAUZIONI OPPORTUNE,
- 4.6 CLAUSOLA SULLA STRUMENTAZIONE,
- 4.7 CESSIONE DEI DIRITTO, SURROGA E RIVALSA,
- 4.8 RINUNCIA ALLA RIVALSA,
- 4.9 DIRITTO DI RECESSO,
- 4.10 SIR PER SINISTRO

#### 5. ALTRE NORME

- 5.1 DATA DI DECORRENZA DELLA COPERTURA - PAGAMENTO DEL PREMIO,
- 5.2 REGOLAZIONE DEL PREMIO,
- 5.3 ONERI FISCALI,
- 5.4 MODIFICHE AL CONTRATTO,
- 5.5 DICHIARAZIONI CIRCA LE CIRCOSTANZE DI RISCHIO,
- 5.8 GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE,
- 5.9 LEGGE APPLICABILE,
- 5.10 RESPONSABILITA' DISGIUNTA
- 5.11 CLAUSOLA DI LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE SULLE SANZIONI

#### 6 RECLAMI

Il Contraente

Data

MATER DEI di G. Nesi & C. s.r.l.  
L'AMMINISTRATORE UNICO  
(Dott. Luigi Maria Nesi)

09/01/2019

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 080257. Registered Office:



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

C/O PKF, 1 Westery Circus, London E14 4HD Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN 580267)

**INFORMATIVA  
AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

**1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) valutazione della eleggibilità per concedere la polizza da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's"): la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività pre-contrattuale; nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso
- b) espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale
- c) Previo suo consenso, informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi; la base giuridica del trattamento è il consenso

**2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.

**3. CONFERIMENTO DEI DATI**

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti, subagenti, broker).

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

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

**4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI**

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

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



## 5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, per che per conto dei Lloyd's effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali. Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com).

## 6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com). Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

## 7. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

Il responsabile della protezione dei dati è Mr. Timor Ahmad ([Timor.Ahmad@lloyds.com](mailto:Timor.Ahmad@lloyds.com)).



Corvelia Ref. No. P19/DA/00147

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

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

Luogo Cotrone L'interessato

Data 09/01/2019

Nome e Cognome leggibili  
MATER DEI di G. Nesi & C. S.r.l.

L'AMMINISTRATORE UNICO

(Dott. Luigi Maria Nesi)

Firma 

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

Luogo Cotrone L'interessato

Data 09/01/2019

Nome e Cognome leggibili  
MATER DEI di G. Nesi & C. S.r.l.

L'AMMINISTRATORE UNICO

(Dott. Luigi Maria Nesi)

Firma 

<sup>1</sup> Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati particolari (relativo alla salute), Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.



**SEZIONE 1 - INFORMAZIONI GENERALI**

(a) Si prega di fornire il nome completo del CONTRAENTE (compreso ogni ente per cui si richiede copertura assicurativa):

MATER DEI DI G. NESI & C. SRL

(b) Anno di fondazione:

19.03.1980

(c) Indirizzo della Sede Legale:

CATANIA VIALE M. RAPISARDA, 1

(d) Altri indirizzi operativi nei quali il reddito generato sia maggiore del 20% del reddito complessivo del CONTRAENTE nell'ultimo anno finanziario completo:

(e) Indirizzo Internet del sito web:

(Inteso e convenuto che il materiale contenuto nel sito web del CONTRAENTE non è da considerarsi parte integrante della presente proposta contrattuale, a meno che l'informazione venga materialmente allegata in copia cartacea al presente modulo)

(f) Codice IVA:

OM 29240873

**SEZIONE 2 - INFORMAZIONI TECNICHE**

(a) Si prega di fornire una descrizione completa delle attività del CONTRAENTE (comprese le attività svolte negli ultimi sei anni non attualmente intraprese e le eventuali nuove attività previste per i prossimi dodici mesi):

(b) Si prega di indicare la situazione proprietaria del CONTRAENTE come segue:

Proprietà Privata	<input checked="" type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO (se SI, indicare il soggetto proprietario):	MATER DEI SRL
Proprietà Pubblica	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	
Ente Caritatevole	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	
Altro (Specificare)	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	

(c) Si prega di indicare in quale percentuale i ricavi realizzati nell'ultimo anno finanziario derivino da ciascuna delle seguenti opzioni:

Finanziamenti Pubblici	85%
Regimi di Assicurazione Privata	%
Soggetti Privati	5%
Donazioni di Beneficenza	%
Altro (Specificare)	%
	100%

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)



(e) (i) Quando termina l'Anno Finanziario del CONTRAENTE? **2016**  
 (ii) Si prega di fornire le seguenti informazioni per ognuno degli ultimi tre anni finanziari completi e per il corrente incompleto anno finanziario:-

Le Informazioni Finanziarie devono essere specificate in EURO	Ultimo Anno Finanziario Completo	Precedente Anno Finanziario Completo (1 anno fa)	Precedente Anno Finanziario Completo (2 anni fa)	Stima del Corrente Incompleto Anno Finanziario
<b>INFORMAZIONI FINANZIARIE</b>	2014	2015	2015	2016
(i) Fatturato lordo - (Valore della produzione) equivalente al totale delle attività incluse le prestazioni di medici autonomi / liberi professionisti / convenzionati)	7.250.000	7.250.000	7.250.000	7.250.000
(ii) Registro Salari	1.200.000	1.200.000	1.200.000	1.200.000
(iii) Utile Netto (misse pagare)	710.000	710.000	710.000	710.000
<b>ALTRE INFORMAZIONI</b>				
(iv) Numero di Letti	56	56	56	56
(v) Occupazione Media dei Letti (%)	50	50	50	50
(vi) Numero di Sale Operatorie	03	03	03	03
(vii) N° Operazioni in Anestesia Generale	2024	2024	2024	2024
(viii) N° Operazioni in Anestesia Locale				
<b>NASCITE</b>				
(ix) N° Nascite (Totale)				
(x) N° Parti Cesarei				
(xi) N° di Feti Nati Morti				
(xii) N° di Neonati Deceduti Dopo La Nascita				
(xiii) N° Nascite con Gravi Menomazioni				
(xiv) N° Indici di Apgar < 6 dopo 5 Minuti				
<b>NUMERO DI PAZIENTI</b>				
(xv) N° Pazienti Degenti < 36 Ore	98	98	98	98
(xvi) N° Pazienti Degenti > 36 Ore	1185	1055	1012	
(xvii) N° Pazienti Esterni		951	951	
(xviii) N° Riammissioni Nelle Prime 36 Ore				

(f) Si prega di indicare il tipo di istituzione in cui rientra il CONTRAENTE:-

Cure in regime di Day Hospital	SI/NO
Casa di cura	SI/NO
Ospizio	SI/NO
Clinica di lunga degenza	SI/NO
Clinica di breve degenza	SI/NO
Policlinico	SI/NO
Farmacia	SI/NO
Altro (si prega di specificare)	SI/NO LABORATORIO ANALISI

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
 Corvelia Limited is an Appointed Representative of Analysts LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267).



(d) Si prega di indicare nella tabella sottostante il numero del personale medico qualificato attualmente impiegato. Segue definizione della tipologia del personale:-

- A. **DIPENDENTE** - Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto) per il CONTRAENTE (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro); (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavori);
- B. **CONVENZIONATO** - Qualsiasi professionista che agisca nell'ambito di uno specifico contratto o progetto per il CONTRAENTE
- C. **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** - Qualsiasi professionista indipendente che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal CONTRAENTE, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che non agisca sotto la diretta direzione del CONTRAENTE.

	A. DIPENDENTE	B. CONVENZIONATO*	C. AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA *
DOTTORI		05	11
INFERMIERE/I	08		09
ALTRO PERSONALE MEDICO	01	01	02
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>06</b>	<b>13</b>

\*I Sottoscrittori stabiliscono che il personale AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA/CONVENZIONATO acquisti separata assicurazione per RCT professionale sanitaria operante a primo rischio. In caso diverso, o nell'inusuale situazione che un soggetto richieda copertura nell'ambito dell'assicurazione sottoscritta dal CONTRAENTE, l'argomento dovrà essere specificatamente discusso, concordato e approvato dai Sottoscrittori su base individuale.

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PRF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL. Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorized and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)



**SEZIONE 3 - DISCIPLINE**

Si prega di indicare come segue l'attuale numero di DOTTORI e procedure chirurgiche per ognuna delle seguenti categorie di trattamento medico e per ognuna delle tre tipologie di rapporto di lavoro dei DOTTORI:-

Attività Numero di Dottori/Procedure	A. DIPENDENTE	N° di Procedure Chirurgiche (A)	B. CONVENZIONATO	C. AUTONOM I/ LIB. PROFESS.	N° di Procedure Chirurgiche (B+ C)
Anatomia / Istologia					
Anestesia / Rianimazione	02			01	A+B+C
Cardiologia				03	
Chirurgia Generale *	02		01	03	490
Chirurgia Plastica *					
Odontoiatria					
Dermatologia					
Diabetologia					
Geriatrica					
Fertilità *					
Gastroenterologia					
Ginecologia (Non- Nascite)					
Medicina Fetale e diagnosi Prenatale*					
Obstetrica (Nascite)					
HIV / Epatite / MST					
Immunologia/ Trasfusioni					
Laboratorio di Analisi				01	
Med. & Chirurgia Ginecologica Minore					
Medicina Generale				0201	
Medicina Trasfusionale					
Microbiologia & Virologia					
Dialisi					
Neonatologia					
Neuropsichiatria Infantile					
Neurochirurgia *					
Neurologia					
Nutrizioneologia / Dimagrimento					
Oncologia					
Ortopedia / Traumatologia	01			02	559

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL.  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)



Otorinolaringoiatria			
Oculistica		01	01 511
Pediatria			
Podiatria			
Psichiatria			
Radiologia		01	
Riabilitazione / Fisioterapia		01	
Urologia		01	01 486
Terapie Complementari / Alternative			
Altro (Specificare)	8		4
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>04</b>	<b>17</b>

**SEZIONE 4 - DISCIPLINE PARTICOLARI \***

Si prega di indicare se IL CONTRAENTE svolge alcuna delle seguenti categorie di trattamento medico:

- (a) Chirurgia estetica SI/NO
- (b) Chirurgia bariatrica SI/NO
- (c) Neurochirurgia spinale SI/NO
- (d) Medicina Fetale SI/NO
- (e) Fertilin/Procreazione Medicalmente Assistita SI/NO

In caso affermativo, si prega di indicare le procedure chirurgiche per ognuna delle sopra indicate categorie includendo il numero di pazienti annuali, numero e tipologia di operazioni chirurgiche e fatturato annuale relativo a ciascuna attività' come riportato di seguito:

DISCIPLINA	N PAZIENTI ANNUALI	NUMERO OPERAZI ONI	FATTURATO ANNUALE	TIPOLOGIA OPERAZIONI/TRATTAMENTI
Chirurgia meramente estetica (svolte per ragioni diverse dalla ricostruzione a seguito di infortunio o malattia)				
Chirurgia Bariatrica				
Neurochirurgia Spinale (e ricostruzione spina dorsale)				
Medicina Fetale e Diagnosti Prenatale				

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambis LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)



ATTIVITA' DI FECONDAZIONE ASSISTITA / PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA: Fertility related activities:				
Procedure(s)	N. Procedure - ultimo anno finanziario	Tasso di successo ultimo anno finanziario	Fatturato Annuale	N. Stimato di procedure - (corrente anno finanziario)
Artificial Insemination by Donor Inseminazione Artificiale Eterologa				
Frozen Embryo Transfer (FET) Trasferimento Embrioni				
Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT) Trasferimento Intrauterino di Gameti				
Embryo Testing/ Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) Diagnosi Genetica Preimpianto				
Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo				
Intrauterine Insemination (IUI) Inseminazione Intrauterina				
In Vitro Fertilisation (IVF) Fecondazione In Vitro (FIVET)				
In Vitro Maturation (IVM) Maturazione In Vitro degli ovociti				
Ovarian Tissue Freezing Congelamento tessuti Ovarici				
Pronuclear Stage Embryo Transfer (PROST)/Zigote-Intra-Fallopian Transfer (ZIFT) Fertilizzazione in vitro e trasferimento degli zigoti				
Reproductive Immunology Immunologia Riproduttiva				
Storage of Gametes for Oncology Patients Stoccaggio di gameti per pazienti oncologici				
Surgical Procedures (e.g. Surgical Sperm Retrieval, Testicular Biopsy, vasectomy) Please specify Procedure chirurgiche ( estrazione testicolare dello sperma, Biopsia testicolare, vasectomia) Specificare				
Tubal Embryo Transfer (TE) Trasferimenti Tubarici di Embrioni				
Altro - specificare				

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686237

Registered Office: C/O PKF, 1 Wenferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Benchmark Street, London EC3M 6BL  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambrifit LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA PRN: 586267) ...



**SEZIONE 5 - INFORMAZIONI PARTICOLARI**

Il **CONTRAENTE** verifica **ANNUALMENTE** che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA / CONVENZIONATO**, acquisti separata copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica operante a primo rischio con limite di copertura di almeno €1,000,000? **X/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

Si prega di inserire il nome della persona incaricata del controllo delle polizze:

(b) Il **CONTRAENTE** verifica che ogni **DIPENDENTE** e Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA / CONVENZIONATO** sia iscritto ad un Ordine Medico riconosciuto o faccia parte di un riconosciuto Ordine Professionale e detenga le relative licenze necessarie per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione? **X/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(c) Il **CONTRAENTE** sottopone a verifica ogni **Dottore, Infermiere** o altro Personale Medico Qualificato prima dell'inizio del rapporto di lavoro e durante il rapporto di lavoro stesso con il **CONTRAENTE**, per uso di droga e/o abuso di alcool? **X/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(d) Il **CONTRAENTE** si procura sufficienti referenze scritte e conferma dell'inesistenza di richieste di risarcimento, o comunque di episodi collegati a responsabilità professionale medica, per ogni Medico, Infermiere e altro Personale Medico Qualificato prima di assumerli o di permettere loro l'utilizzo dei propri locali? **X/NO**

Se **NO** si prega di indicare per quale motivo, e quando, non si procederebbe a tale controllo:-

(e) Il **CONTRAENTE** conferma che nessuno dei Medici, Infermieri e altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali

(i) è oggetto di indagine disciplinare da parte di Ordini Professionali, Istituti o Associazioni né è coinvolto in alcun procedimento civile o amministrativo per responsabilità professionale;

(ii) è stato mai condannato per delitti o reati, né è attualmente coinvolto in alcun procedimento penale **X/NO**

Se **NO** a (i) o (ii) si prega di fornire ogni relativa informazione:-

(f) Il **CONTRAENTE** conferma che se un Medico, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali è interessato da un evento menzionato sopra alle lettere (c) (i) o (ii) deve comunicarlo al **CONTRAENTE** quanto prima? **X/NO**

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352391 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL.  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267) Page 8 of 13



**SEZIONE 6 - ATTIVITA' DI LABORATORIO**

(a) Il **CONTRAENTE**, tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti su sangue, urine e / o campioni di liquido seminale?  NO

(b) Se **SI**:- Tali analisi vengono svolte presso un laboratorio esterno completamente indipendente?  SI/NO

Se **SI**:- Si prega di rispondere ad entrambe le seguenti domande:-

(i) Il **CONTRAENTE** ha sottoscritto un contratto che definisca la natura dei servizi richiesti e il livello delle prestazioni professionali richieste a tale laboratorio?  SI/NO

(ii) Il **CONTRAENTE** garantisce che il laboratorio abbia adeguata Copertura Assicurativa per il servizio professionale che svolge in nome e per conto del **CONTRAENTE**?  SI/NO

Se **NO** a (i) e/o (ii) di cui sopra, si prega di indicarne il motivo:

**SEZIONE 7 - GESTIONE DEL RISCHIO**

(a) Il **CONTRAENTE** possiede o utilizza una Banca del Sangue?  SI/NO

Se **SI**, si prega di indicare i dettagli di come il **CONTRAENTE** si assicura, per quanto ragionevolmente possibile, che il sangue non contenga malattie trasmissibili e/o infezioni:-

(b) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni trattamento effettuato su pazienti minorenni venga effettuato solo con il consenso dei genitori o di un tutore legale?  SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare le circostanze in cui questo non si verifichi:-

(c) Il **CONTRAENTE** dispone di un sistema di controllo della qualità al fine di garantire un elevato livello di gestione del rischio e controllo sulla sua attività?  SI/NO

Se **SI**, si prega di fornirne i dettagli:-

Se **NO**, si prega di indicarne i motivi :-

(d) Il **CONTRAENTE** si assicura che tutte le apparecchiature di cui si fa utilizzo siano sterili, e che siano in atto procedure al fine di assicurare sempre tale sterilizzazione?  SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare in quali circostanze ciò non si verifica:-

(e) Il **CONTRAENTE** ha stipulato un contratto di manutenzione con un terzo soggetto specializzato al fine di garantire per tutte le apparecchiature un adeguato servizio di manutenzione?  SI/NO

Se **NO**, quali misure adotta il **CONTRAENTE** per assicurarsi che ogni apparecchiatura svolga la propria funzione ad un livello soddisfacente?

(f) Il **CONTRAENTE** intraprende, gestisce, controlla o comunque ha un coinvolgimento diretto nel corso delle sperimentazioni cliniche?  SI/NO

Se **SI**, si prega di fornire tutti i dettagli della portata delle attività svolte:-

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
 Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambis LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267) Page 9 of 13



(g) Il CONTRAENTE si assicura che ogni qualvolta sia necessario un valido consenso informato sia sempre ottenuto per iscritto dal paziente prima che venga effettuata qualsiasi procedura chirurgica?

~~SI~~/NO

Se NO, si prega di indicare in quali casi tale consenso non verrebbe ottenuto.

(h) Il CONTRAENTE ha un apposito Dirigente (e/o Ufficio Reclami) per registrare e trattare tutti i reclami e le potenziali richieste danni?

~~SI~~/NO

Se SI, si prega di indicare il nome della persona incaricata:

*DR. SALVATORE TAPPALA*

Se NO, si prega di indicare come i reclami e/o le potenziali richieste danni vengano gestite e da chi.

**SEZIONE 3 - Questa assicurazione è prestata alle condizioni note con la formula "claims made" ed i Sottoscrittori escluderanno dalla copertura assicurativa ogni reclamo già noto all'ASSICURATO/I prima della data di inizio della polizza. Si prega di rispondere alle seguenti domande dopo aver effettuato indagini approfondite al riguardo presso tutti i soggetti assicurati.**

(a) Ha l'ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni per negligenza medica, siano essi stati accolti o respinti?

~~SI~~/NO

(b) Ha l'ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità civile per lesioni personali o danni alla proprietà, siano essi stati accolti o respinti?

~~SI~~/NO

(c) Ha l'ASSICURATO mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a dolo e/o colpa grave, siano essi stati accolti o respinti?

~~SI~~/NO

(d) Ha l'ASSICURATO mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità del datore di lavoro, siano essi stati accolti o respinti?

~~SI~~/NO

(e) Ha l'ASSICURATO mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a incendio, siano essi stati accolti o respinti?

~~SI~~/NO

(f) Ha l'ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a furto, perdita, sparizione o deterioramento di beni, siano essi stati accolti o respinti?

~~SI~~/NO

(g) Ha l'ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relative a qualsiasi altro tipo di evento, siano essi stati accolti o respinti, che sarebbero stati soggetti a indennizzo ai sensi della presente proposta assicurativa, se tali richieste fossero state presentate nei termini di cui alla presente proposta di copertura assicurativa?

~~SI~~/NO

(h) Dopo indagini approfondite è l'ASSICURATO a conoscenza di circostanze in relazione alle domande di cui sopra da 7(a) a 7 (g), che potrebbero dar luogo ad un potenziale reclamo o richiesta di risarcimento, se tale reclamo o richiesta di risarcimento danni venisse presentata in vigore dell'assicurazione qui proposta?

~~SI~~/NO

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352191 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)



(i) Ha l'ASSICURATO, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento a seguito di eventi mortali, siano essi stati accolti o respinti?

SI/NO

Data del sinistro	Data della Notifica di Sinistro	Nome del Reclamante	Descrizione del Sinistro	Franchigia	Pagamento effettuato dalla Compagnia	Riserva Attuale	Massima perdita possibile	Stato del sinistro (es. Chiuso o In Attesa di Parere Legale)

SEZIONE 9 - Coperture Precedenti

(a) Il Contraente è attualmente assicurato per danni da Responsabilità Professionale Medica, Responsabilità Civile e Responsabilità Dipendenti?

NO

Se SI si prega di indicare come segue (includendo le risposte (i) e (ii) sotto):-

Assicuratore	Scadenza	Limite	Franchigia	Data di Retroattività	Premio
Lloyds	08/04/2019	1.500.000 3.000.000 AGG.	500.000	2009	128.000

**NOTA: BONUS RINNOVO (APP.3) - SCONTO 30% - PREMIO LORDO 89.600,00**

(i) Il CONTRAENTE è stato assicurato ininterrottamente dalla Data di retroattività sopra indicata?

NO

Se NO si prega di indicare da quale data tale copertura assicurativa continuativa è stata acquisita:-

(ii) L'attuale polizza prevede un periodo di postuma, o comunque un periodo suppletivo alla scadenza di polizza entro il quale gli Assicuratori accettano nuove notifiche di sinistro afferenti ad eventi comunque avvenuti nel periodo di polizza, nel caso in cui la copertura assicurativa non venisse rinnovata dai medesimi Assicuratori?

NO

Se SI, quanto dura questo periodo di postuma?

**10 Anni L. 24/2017 DALLA SCADENZA**

(b) E' mai stata negata al Contraente una copertura assicurativa simile alla presente, o è mai stata questa polizza assicurativa disdettata o dichiarata invalida?

SI

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating from: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Anahis LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)



Se SI, si prega di fornire i dettagli del caso:-

**SEZIONE 10 - No claims declaration e Dichiarazioni**

**Dichiarazione assenza sinistri e/o evento materiale che potrebbe dare origine ad un sinistro.**

Ai fini di una corretta valutazione del rischio da assicurare, prima della data di inizio del Periodo di Durata della Polizza, il Contraente ha l'obbligo di dichiarare qualsiasi evento materiale che possano dare origine ad una Richiesta di Risarcimento;

A titolo esemplificativo e non limitativo, per evento materiale si intende:

- Qualsiasi indagine condotta da qualunque autorità che abbia poteri di investigazione sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi ingiunzione, atto di citazione, o comunque comunicazione scritta che presupponga una affermazione di responsabilità a carico dell'Assicurato
- Qualsiasi evento che sia stato o siano oggetto di indagini penali o da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi sequestro di cartelle cliniche, avviso di garanzia, rinvio a giudizio o incidente probatorio, accertamenti tecnici preventivi o qualsiasi altro atto o comunicazione da cui possa desumersi la pendenza di un procedimento;

Le sopra indicate devono includere anche eventi dannosi o fatti su cui pende qualsiasi forma di indagine conosciuta.

Il Contraente dichiara pertanto che tutte le Richieste di Risarcimento, gli eventi materiali da cui potrebbero derivare richieste di risarcimento di cui sia stato o venga a conoscenza sino alla data di stipula della polizza sono stati comunicati agli Assicuratori, e/o siano stati notificati ed assunti in garanzia dai precedenti assicuratori; in tale senso il Contraente si impegna a non formulare alcuna richiesta nei confronti degli Assicuratori volta ad ottenere un Indennizzo a fronte di tali Richieste di Risarcimento o eventi dannosi, fatti e circostanze.

Qualsiasi Sinistro e/o evento materiale, che non viene notificato ai Sottoscrittori per tramite della presente No Claims Declaration non potrà beneficiare delle garanzie di questa Polizza

Firma \_\_\_\_\_  
 Data 22.11.2018  
 Posizione DIR. DI GESTIONE

In nome e per conto del CONTRAENTE  
 Nome in lettere maiuscole (Stampato) \_\_\_\_\_

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
 Corvelia Limited is an Appointed Representative of Anibris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267) Page 12 of 13



**DICHIARAZIONE**

Si dichiara che le risposte, dichiarazioni, dettagli ed informazioni supplementari di cui sopra, sono rispondenti a verità al meglio delle conoscenze e delle convinzioni del CONTRAENTE. Dopo accertamenti approfonditi si conferma anche che sono state fornite tutte le informazioni e gli elementi determinanti che possono modificare la valutazione del rischio dei Sottoscrittori, o modificare la loro valutazione delle esposizioni a cui questa copertura assicurativa potrebbe portare. Con la firma di questo documento si dichiara di comprendere ed accettare che tutte le informazioni presenti assieme a tutte le risposte, dichiarazioni, e dati aggiuntivi forniti con il presente modulo di proposta contrattuale diventeranno parte della polizza e ne costituiranno fondamento giuridico.

Firma

Data

Posizione

In nome e per conto del CONTRAENTE  
Nome in lettere maiuscole (Stampato)

\_\_\_\_\_  
27/01/2018  
\_\_\_\_\_  
DIRETTORE DI GESTIONE  
\_\_\_\_\_  
*[Signature]*

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1<sup>st</sup> Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL  
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

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

Il contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione del contratto: Condizioni di Assicurazione, Glossario, Modulo di Proposta (se previsto) e Set Informativo costituito da DIP e DIP Aggiuntivo per contratti emessi dal 1/1/2019, o costituito da Fascicolo Informativo con la Nota Informativa per contratti antecedenti (Regolamento IVASS nr.41/2018).

**Firma dell'intestatario della polizza**

Data

Firmato da

.....

.....

**Clausola per mancato pagamento del premio**

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

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

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

**Clausola di notifica atti e giurisdizione**

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

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

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

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

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

## **Informativa sulla Privacy**

### ***Chi siamo***

La società è denominata Lloyd's Insurance Company S.A., identificata nel contratto di assicurazione e/o nel certificato di assicurazione.

### ***Principi fondamentali***

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni relative all'assicurato necessarie al fine di fornire allo stesso la copertura assicurativa personale o a proprio beneficio, e per far fronte ai nostri obblighi di legge.

Tali informazioni includono dati quali nome, indirizzo e recapiti, e tutti gli altri dati che raccogliamo sull'assicurato in relazione alla copertura assicurativa a beneficio dello stesso. Tali informazioni potrebbero includere dati più sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato.

In alcuni casi sarà necessario il consenso dell'assicurato per il trattamento di alcune categorie di informazioni personali (inclusi dati sensibili quali informazioni relative allo stato di salute o a eventuali condanne penali dell'assicurato). In tali circostanze il consenso sarà richiesto separatamente. L'assicurato non sarà tenuto a fornire il proprio consenso e potrà revocarlo in ogni momento inviando un'e-mail all'indirizzo [data.protection@lloyds.com](mailto:data.protection@lloyds.com) (senza tuttavia pregiudicare la legittimità del trattamento basato sul consenso precedente la revoca). Il mancato consenso o la revoca dello stesso potranno tuttavia impedirci di fornire la copertura assicurativa richiesta o di far valere quella in corso, ovvero di gestire i sinistri denunciati.

Le modalità di funzionamento delle assicurazioni implicano che i dati relativi all'assicurato potranno essere condivisi con, e utilizzati da, numerosi terzi nell'ambito del settore assicurativo, ad esempio assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, enti normativi e agenzie preposte all'applicazione della legge, agenzie addette alla prevenzione e all'individuazione di reati e database assicurativi prescritti dalla legge. Ci impegniamo a divulgare le informazioni personali relative all'assicurato esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura richiesta o permessa dalla legge.

### ***Dati forniti dall'assicurato relativi ad altri soggetti***

Qualora l'assicurato ci fornisca ovvero fornisca al proprio agente o broker assicurativo dati relativi ad altri soggetti, è necessario che lo stesso fornisca a tali soggetti la presente informativa.

### ***Servono maggiori informazioni?***

Per maggiori informazioni sulle modalità di utilizzo dei dati personali dell'assicurato si rimanda alla nostra informativa completa sulla privacy, consultabile nella sezione Privacy del nostro sito [www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels](http://www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels) ovvero in altri formati su richiesta.

### ***Contattarci e i diritti dell'assicurato***

L'assicurato è titolare di diritti in relazione alle informazioni che deteniamo sullo stesso, incluso il diritto di accesso ai propri dati personali. Qualora l'assicurato desideri esercitare tali diritti, discutere sulle nostre modalità di utilizzo dei dati ovvero richiedere una copia della nostra informativa completa sulla privacy, lo invitiamo a contattarci. In alternativa a contattare l'agente o il broker assicurativo che si è occupato della polizza facendo riferimento ai dettagli di contatto sul scheda della vostra politica.

L'assicurato avrà inoltre il diritto di presentare un reclamo presso l'autorità competente garante della privacy, ma lo invitiamo a contattarci preventivamente.

## Reclami

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

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

Conferma scritta di ricezione del reclamo sarà inviata entro cinque (5) giorni lavorativi dalla presentazione dello stesso. La relativa decisione in merito sarà fornita per iscritto all'assicurato entro quarantacinque (45) giorni lavorativi dalla presentazione del reclamo.

In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) giorni lavorativi dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti:

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

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

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

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

**Compagnia: Corvelia Underwriting**

**Prodotto: Sanita' Privata Medical  
Malpractice Policy 2019**

**Documento informativo relativo al prodotto assicurativo**

Documento predisposto a cura di Arch Underwriting presso Lloyd's Ltd, registrata in Inghilterra e Galles. Arch Underwriting presso Lloyd's Ltd è autorizzata ad esercitare l'attività di distribuzione assicurativa dalla Financial Conduct Authority e dalla Prudential Regulation Authority. Numero di registrazione: 487656.

Questo documento è puramente informativo per illustrare all'Assicurato le informazioni necessarie inerenti al presente prodotto assicurativo. **Questo documento non rappresenta il contratto di assicurazione.** Per qualsiasi informazione su condizioni, limitazioni, esclusioni e/o estensioni di copertura, prendere visione del contratto di assicurazione, la scheda di copertura, il testo di polizza ed annessi allegati. L'assicurato è tenuto a leggere questo documento congiuntamente con la documentazione allegata alla presente.

**Che tipo di assicurazione è?**

Assicurazione per la responsabilità professionale sanitaria, RCO (Responsabilità Civile verso i Dipendenti), RCT (Responsabilità Civile verso Terzi) e coperture collegate.

	<p><b>Che cosa è assicurato?</b></p>		<p><b>Attività Accessorie:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Responsabilità Civile verso Terzi &amp; Responsabilità Professionale Medica</li> <li>✓ Responsabilità Civile verso i Dipendenti</li> <li>✓ Inquinamento Accidentale</li> <li>✓ Dolo e colpa grave</li> <li>✓ Immobili e terreni</li> <li>✓ Fonti Radioattive</li> <li>✓ Consegna dei Rifiuti</li> <li>✓ Atti dei pazienti o di minorenni</li> <li>✓ Insegne e cartelli</li> <li>✓ Fornitura di Prodotti Medici</li> <li>✓ Attività di Laboratorio</li> <li>✓ Uso di apparecchiature</li> <li>✓ Servizi Medici</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esplosione e incendio</li> <li>✓ Cose in custodia</li> <li>✓ Interruzione all'esercizio di Terzi</li> <li>✓ Raccolta, distribuzione ed uso di sangue ed emoderivati</li> <li>✓ Terapie speciali</li> <li>✓ Conduzione di mense aziendali</li> <li>✓ Partecipazione a mercati, esposizioni e fiere</li> <li>✓ Manutenzione e Pulizia</li> <li>✓ Responsabilità del Committente derivante dalla sua qualità di committente</li> <li>✓ Responsabilità per l'uso di veicoli</li> <li>✓ Violazione delle Informazioni Confidenziali e della Data Protection</li> <li>✓ Molestie sessuali/Abuso</li> </ul>	
	<p><b>Che cosa non è assicurato?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ La franchigia/SIR</li> <li>✗ Attività di Maternità/Ostetricia</li> <li>✗ Sinistri già noti all'assicurato</li> <li>✗ Eventi verificatisi prima della data di retroattività</li> <li>✗ La responsabilità contrattuale dei Medici liberi professionisti</li> <li>✗ Frode e furto</li> <li>✗ Ammende, multe e sanzioni</li> <li>✗ Farmaci difettosi</li> <li>✗ Danni derivanti da presenza di amianto o muffe tossiche</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✗ Fenomeni naturali</li> <li>✗ Guerra, rivoluzione, distruzione, ostilità, esplosione, radioattività, terrorismo, danni alla persona e alla proprietà, derivanti da qualsiasi delle cause sopra indicate</li> <li>✗ RC prodotti e/o difetto del prodotto</li> <li>✗ Attività medica e/o sanitaria diversa da quella indicata nella descrizione del rischio</li> <li>✗ D&amp;O, responsabilità che incomba in capo all'Assicurato in qualità di socio, direttore, consigliere e/o sindaco della Contraente</li> <li>✗ Azioni di hackeraggio &amp; trasmissione e/o ricezione di virus</li> </ul>			



### Ci sono limiti di copertura?

Sono presenti dei massimali di copertura e dei sottolimiti di indennizzo (indicati nella scheda di copertura).

Le Franchigie/SIR rimarranno a totale carico dell'assicurato.

Esiste la facoltà da parte dei Sottoscrittori di recedere dal contratto a seguito di:

- ! Denuncia di sinistro (avvisando l'assicurato entro 90 giorni);
- ! Mancato pagamento del premio (vige il codice civile);
- ! Sinistro che sia falso o fraudolento (dal giorno di notifica del sinistro contestato)



### Dove vale la copertura?

- ✓ Il presente contratto di assicurazione opera per i Danni verificatisi in Italia a fronte dei quali la Richiesta di risarcimento sia avanzata in qualsiasi paese del mondo, salvo che la Richiesta di risarcimento sia avanzata presso un qualsiasi organo giudiziale degli Stati Uniti d'America o del Canada e salvo che la Richiesta di risarcimento sia avanzata in qualsiasi altro stato del mondo per ottenere l'esecuzione di una sentenza o decisione emessa da qualsiasi organo giudiziale degli Stati Uniti d'America o del Canada.



### Che obblighi ho?

- Denuncia ai Sottoscrittori in caso di sinistro e/o circostanza che possa dar vita ad un Sinistro entro e non oltre 20 giorni;
- Fornire prontamente ai Sottoscrittori tutti i dati relativi ad ogni Sinistro;
- Fornire prontamente ogni cooperazione ed assistenza;
- Assicurare che tutti i documenti relativi ad ogni Sinistro siano conservati integri e non siano in alcun modo distrutti, cancellati o comunicati a Terzi;
- Divieto di riconoscimento di responsabilità;
- L'obbligo di pagamento della Franchigia e del premio;
- L'obbligo di denuncia a tutti gli Assicuratori;
- L'obbligo di informare i Sottoscrittori dell'esistenza di un altro contratto di assicurazione.



### Quando e come devo pagare?

Il contratto di assicurazione decorre dalle ore 00.00 della data specificata nel punto 3 della Scheda di copertura e, in espressa deroga all'art. 1901 Cod. Civ., il premio deve essere corrisposto ai rappresentanti locali entro 30 giorni dalla data di decorrenza.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Dal momento che le soggettività di polizza sono state valutate positivamente dai Sottoscrittori e la copertura confermata per iscritto, il contratto di assicurazione decorre dalle ore 00.00 e termina alle ore 23.59 della data specificata nel punto 3 della Scheda di copertura.



### Come posso disdire la polizza?

La polizza annuale non può essere disdetta dall'Assicurato.

Nel caso la Polizza fosse a più annualità, ciascuna parte può recedere dal presente contratto alla data di Scadenza di ogni periodo annuale di assicurazione con un preavviso di 30 giorni.

Un periodo di durata della Polizza può essere inferiore ad un anno intero se convenuto dalle parti.

La presente assicurazione sarà sottoscritta da alcuni membri sottoscrittori dei Lloyd's, con sede in 1 Lime Street, London, EC3M 7HA, Regno Unito. Lloyd's è un ente ("Society") di membri sottoscrittori costituito in forza di disposizioni di legge. Lloyd's, nel Regno Unito, è autorizzata e vigilata dalla Prudential Regulation Authority ed è altresì vigilata dalla Financial Conduct Authority. Il suo codice identificativo nel Registro dei Servizi Finanziari del Regno Unito è 202761. L'Assicuratore sarà uno o più membri che aderiscono ai Sindacati di Lloyd's, ed eventuali altri assicuratori, identificati nel contratto di assicurazione.

Lloyd's Insurance Company S.A. i cui dettagli della società sono specificati nella voce 20 del testo di polizza. A scopo informativo, è opportuno notare che i sottoscrittori hanno stipulato un accordo di riassicurazione con Arch Underwriting presso Lloyd's Limited secondo il quale l'assicurazione fornita dai sottoscrittori è riassicurata al 100% su base facoltativa.

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE SANITARIA, RCO (Responsabilità Civile Dipendenti), RCT (Responsabilità Civile verso Terzi) E COPERTURE COLLEGATE PER ENTI SANITARI PRIVATI E CLINICHE**

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni non vita (DIP aggiuntivo Danni Non Vita)

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

Intermediario che ha realizzato il prodotto: Arch Underwriting presso Lloyd's Limited (per conto di Arch Syndicate 2012)

Prodotto: Corvela Sanità Privata Medical Malpractice Policy 2019

Versione: Self Insurance Retention Data della Versione: 2019

Questa versione del DIP Aggiuntivo Danni Non-Vita pubblicato è l'ultima disponibile.

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

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bruxelles (Belgio) Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.

Sito web: [www.lloyds.com/brussels](http://www.lloyds.com/brussels)

E-mail: [enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com](mailto:enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com)

Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento ed in Libera Prestazione di Servizi.

La filiale italiana di Lloyd's Insurance Company S.A. è sita in Milano, 20121 Corso Garibaldi 86,

E-mail: [informazioni@lloyds.com](mailto:informazioni@lloyds.com)

Tel: +39 02 6378 8870

Il capitale sociale di Lloyd's Insurance Company S.A. ammonta ad € 136.222.500,00

Indice di solvibilità di Lloyd's Insurance Company S.A. disponibile su [www.lloyds.com/brussels](http://www.lloyds.com/brussels).

Al contratto si applica la legge della Repubblica Italiana.



**Che cosa è assicurato?**

Questa polizza fornisce l'Assicurazione completa per la Responsabilità Professionale Aziendale includendo la Negligenza Medica. La polizza fornisce anche le coperture per l'Assicurazione dei Datori di Lavoro (RCO), Responsabilità Civile e coperture accessorie come piu' specificatamente dettagliate con gli appropriati sottolimiti indicati nel testo di polizza standard. Si faccia cortesemente riferimento anche al Documento Informativo generico sul Prodotto Assicurativo.

**Quali opzioni / condizioni personalizzate è possibile attivare?**

Non sono disponibili modifiche alla copertura standard di questo Testo di Polizza.

**OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

I premi possono essere ridotti aumentando l'ammontare della Self Insurance Retention o riducendo il Massimale complessivo offerto.

**Indicare l'opzione**

Quest'anno non sono presenti opzioni aggiuntive applicabili alla SIR

**OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

I premi possono essere aumentati riducendo l'ammontare della Self Insurance Retention.

**Indicare l'opzione**

Le seguenti opzioni sono disponibili per diminuire la SIR:

<b>SIR:</b>	<b>Aumento del Premio (al netto delle tasse):</b>
€300.000	+49.5%
€250.000	+57.9%
€150.000	+108.3%
€100.000	+123.7%

Il premio differito del 30% puo' essere ridotto o eliminato del tutto tramite i Premi Addizionali come dettagliati nella tabella sottostante (il premio addizionale si collega alla colonna "Premio Addebitato Anticipatamente":

<b>Opzioni</b>	<b>100% Premio Totale (al Netto delle Tasse)</b>	<b>Premio Addebitato Anticipatamente</b>	<b>Premio Differito</b>
1. (Attuale)	€114,000	€79,800 (70%)	€34,200 (30%)
2.	€110,000	€88,000 (80%)	€22,000 (20%)
3.	€105,000	€94,500 (90%)	€10,500 (10%)
4.	€98,500	€98,500 (100%)	€0 (0%)

<b>Rischi esclusi</b>	Non ci sono esclusioni aggiuntive applicabili a questa polizza che non siano già state dettagliate nel Documento Informativo (nella sezione 'Che cosa NON è assicurato?')
-----------------------	---



**Ci sono limiti di copertura?**

Non ci sono restrizioni di copertura aggiuntive a questa polizza che non siano già state dettagliate nel testo di polizza standard.



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

**Cosa fare in caso di sinistro?**

**Denuncia di sinistro:** Come condizione per essere indennizzati sotto questa Polizza, il Contraente deve notificare i Sottoscrittori (tramite Capanna Insurance Services S.p.A.) il prima possibile, ma per qualunque circostanza entro 20 giorni usando i seguenti contatti di riferimento:-

Capanna Insurance Services sas, in qualità di rappresentante dei Sottoscrittori  
Via della Venezia, 15, 57123 Livorno, Italy  
Tel. +39 0586 894.132 - +39 0586 894.233  
Fax. +39 0586 839.985

Inoltre, è raccomandato di inviare una copia di qualsiasi corrispondenza, per assicurare che la notifica sia stata effettuata tempestivamente, al seguente indirizzo di posta elettronica:

[newclaim.MM@capanna.it](mailto:newclaim.MM@capanna.it)

**Assistenza sanitaria diretta / in convenzione:** Non Applicabile a questa Assicurazione

**Gestione da parte di altre imprese:** Non Applicabile a questa Assicurazione

**Prescrizione:** in base all'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti da un qualsiasi contratto di assicurazione sono soggetti ad un termine di prescrizione di due anni. Questo significa che il diritto dell'assicurato di ottenere qualsiasi indennizzo sulla polizza ha un limite di tempo se l'assicurato non provvede ad attivare una richiesta di risarcimento sulla polizza entro 2 anni a partire dalla data di ricezione della denuncia da parte di un terzo.

**Dichiarazioni inesatte o reticenti**

Vengono applicati gli Articoli 1892 e 1893 del Codice Civile italiano in relazione all'errata rappresentazione di fatti materiali.

Obblighi  
dell'impresa

Non vengono fornite tempistiche definite nel testo di polizza per il pagamento di un indennizzo da parte dei Sottoscrittori, sebbene i Sottoscrittori si impegnano a fare tutto il possibile per pagare in maniera ragionevole e pratica non appena sia stato stabilito l'indennizzo.

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	<p>E' imperativo che i premi vengano pagati prontamente, poichè sono in vigore regole del Codice Civile secondo le quali la copertura viene automaticamente sospesa nel caso in cui i premi non vengano ricevuti dai Sottoscrittori entro le scadenze pattuite.</p> <p>In base all'Articolo 5.1 della Polizza, queste scadenze sono 30 giorni con effetto dalla data di decorrenza della polizza, seguiti da 30 giorni dalla data stabilita per la seconda rata e quelle successive. I Sottoscrittori non hanno l'obbligo di avvisare che la copertura è stata sospesa per la mancata ricezione del premio, poichè l'attuazione del Codice Civile avviene automaticamente.</p> <p>Il Contraente deve quindi concordare di pagare il suo Intermediario entro limiti di tempo che diano a tale broker tempo sufficiente per pagare a sua volta i Sottoscrittori rispettando le sopraccitate scadenze.</p>
<b>Rimborso</b>	<p><b>In base ai casi agli artt. 1896, 1897, 1898 del Codice Civile, su questa polizza non è presente un rimborso concordato dei premi, a condizione che i Sottoscrittori esercitino il diritto di cancellazione della polizza.</b></p>

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	<p>Questa Polizza è sottoscritta in regime "Claims Made" quindi copre i danni relativi a qualsiasi denuncia effettuata per la prima volta nei confronti dell'Assicurato durante il periodo di validità della polizza, derivanti dall'attività dell'Assicurato intrapresa il giorno della o successivamente alla data di retroattività indicata alla voce 4 della Scheda di Copertura e soggetti alla notifica ai Sottoscrittori da parte dell'Assicurato entro i termini di validità della polizza e non oltre la decadenza della stessa (ma permettendo una piccola estensione di 20 giorni per denunce notificate in ritardo per motivi pratici).</p> <p>E' presente un Periodo Prolungato per la Notifica dei Sinistri di 10 anni applicabile a questa assicurazione al fine di rispettare il DDL Gelli, ma questo viene attivato esclusivamente nel caso in cui si verifichi la definitiva terminazione delle attività professionali del Contraente, con l'applicazione di un premio addizionale.</p> <p>La copertura viene applicata entro il Periodo di Validità della Polizza descritto alla voce 3 della Scheda di Copertura. Stando alla clausola che evita il rinnovo sottinteso della polizza, ex art. 1899 del Codice Civile italiano e dettagliata all'Articolo 4.1 della Polizza, i Sottoscrittori non sono obbligati a fornire condizioni di rinnovo e tali condizioni</p>

	<p>devono essere negoziate con i Sottoscrittori prima che una nuova polizza venga effettuata per il rinnovo. I Sottoscrittori possono negoziare le condizioni di rinnovo solo tramite una distribuzione concordata di broker i quali abbiano convenuto i Terms of Business Agreements con i Sottoscrittori.</p> <p><b>La copertura puo' essere formalmente iniziata solo una volta che i Sottoscrittori siano soddisfatti del fatto che tutte le soggettivita' sono state risolte in maniera soddisfacente.</b></p>
<b>Sospensione</b>	<p>Il Codice Civile determina le ragioni per la sospensione di una copertura, come il mancato pagamento del premio. Ci sono varie Condizioni di Copertura che devono essere rispettate e che sono descritte sotto gli Articoli 3, 4 e 5 del testo di polizza.</p>

 <b>Come posso disdire la polizza?</b>	
<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	<p>Oltre al caso del cambiamento del rischio in cui l'assicuratore ha il diritto di cancellare la polizza in base agli Articoli 1896, 1897 e 1898 del Codice Civile italiano e all'Art. 5.6 della polizza, i Sottoscrittori possono disdire questa polizza a seguito di una notifica di sinistro dando 90 giorni di preavviso, stando all'art. 4.9 della polizza. Inoltre, in base all'art. 4.1, se la polizza ha validità pluriennale, le parti possono annullare il contratto alla fine di ciascun anno dando 30 giorni di preavviso per la cancellazione.</p>
<b>Risoluzione</b>	<p>Ai sensi dell'Art. 4.1, se la polizza ha validità pluriennale, il Contraente ha diritto di recesso dal contratto previo preavviso di cancellazione di 30 giorni.</p> <p>Eccetto per questa provvedimento, non è presente disposizione per la risoluzione del contratto da parte del Contraente all'interno di questo contratto di assicurazione.</p>

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
<p>Fornitori di servizi sanitari Privati (o di beneficenza) in Italia (come Ospedali Privati o Cliniche Specialistiche)</p>	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<p>Il 30% del premio è stato differito e diverrà esigibile alla scadenza della polizza nel caso in cui vengano pagati dei Sinistri o riserve ai Sottoscrittori (al netto della SIR) su questa Polizza OPPURE nel caso in cui questa Polizza non venga rinnovata con Corvelia al momento della sua scadenza.</p> <p>Il Premio Lordo applicabile a questa polizza di assicurazione contiene un elemento standard di brokeraggio che si applica agli Intermediari coinvolti nel piazzamento di questa polizza con i Sottoscrittori. La commissione per gli Intermediari è di norma compresa in un range tra il 15.00% e il 22.50% in base alla consistenza del premio.</p> <p>Oltre al Premio Lordo esigibile, l'addebito Lloyd's Levy dello 0.75% viene applicato al fine</p>	

dell'elaborazione delle tasse locali sul premio e per la produzione della documentazione della polizza assicurativa.

Costi accessori addizionali al Premio Lordo potrebbero venire addebitati, fino ad un massimo del 10%. Questo costo viene applicato dall'Intermediario e sarà discusso con il Contraente in fase di vendita.

**COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?**

<p><b>All'impresa di assicurazione</b></p>	<p>I reclami vanno presentati per iscritto a:</p> <p>Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: <a href="mailto:servizioreclami@lloyds.com">servizioreclami@lloyds.com</a> o <a href="mailto:servizioreclami@pec.lloyds.com">servizioreclami@pec.lloyds.com</a></p> <p>Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto entro cinque (5) giorni lavorativi dalla data del reclamo. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro quarantaconque (45) giorni dalla data di ricevimento del reclamo.</p>
<p><b>All'IVASS</b></p>	<p>In caso di riscontro insoddisfacente o qualora un riscontro non sia stato ricevuto nel termine previsto di quarantacinque (45) giorni, Lei avrà facoltà di riportare la Sua doglianza all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS). I contatti di riferimento sono di seguito specificati:</p> <p>IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel.: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a></p> <p>Il sito dell'IVASS fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo. Si veda il link sottostante. <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p>
<p><b>Mediazione</b></p>	<p><b>E' possibile contattare uno degli Organismi di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia. Si veda il sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a></b></p>
<p><b>Negoziazione assistita</b></p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa</p>
<p><b>Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie</b></p>	<p>Per la transazione di dispute transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere direttamente trasferiti al sistema di risoluzione delle controversie rilevante in quello Stato estero tramite la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o tramite l'applicazione delle normative vigenti.</p>

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGA ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTI IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

Spett.le  
MATER DEI

VIALE MARIO RAPISARDI 7  
95121 Catania (CT)

E-mail: salvozappala@materdeicatania.it  
Fax n.: 095313118.  
CATANIA, 25/01/2019  
Codice cliente 340597

Di seguito Vi elenchiamo i premi in scadenza. Vi preghiamo voler provvedere al pagamento degli stessi entro i termini onde evitare sospensioni di garanzia.

Vi ricordiamo che il pagamento potrà essere effettuato a mezzo assegno o bonifico bancario intestato ad ASSITECA S.p.A. sul conto corrente sottoindicato:

**BANCA PASSADORE - IBAN: IT85L0333203201000002610219 – BIC/SWIFT: PASBITGG**

In caso il pagamento venga effettuato a mezzo bonifico bancario, Vi preghiamo farci pervenire tramite fax copia del medesimo.

Cogliamo l'occasione per porgerVi i nostri migliori saluti.

Polizza	T	Ramo	Compagnia	Data decorrenza	Data fine copertura	Premio
10546521A	P	RC T + O	LLOYD'S OF LONDON	09/01/2019	09/07/2019	47.499,99
<b>Totale:</b>						<b>EUR 47.499,99</b>

(A)appendice, (R)egolazione premio, (V)ariazione, (P)olizza, (Q)uietanza, (QR)Quietanza di rinnovo, (S)ostituzione, (RM)Rimessa in conto

**Allegati: c.s.**

**Assiteca S.p.A.**  
**Filiale di CATANIA**

Esente IVA/Bollo art. 10 par. 2 D.P.R. 633 26/10/72 e art. 34 D.P.R. 601 29/09/73

**ASSITECA spa - Filiale di Catania**

Via Fimia, 66 - 95128 Catania  
Tel. 095.430465 - Fax 095.508217  
catania@pec.assiteca.net - www.assiteca.it

Sede legale: Palazzo Assiteca - via G. Sigieri, 14 - 20135 Milano  
Capitale sociale € 5.832.193,51 i.v. - R.E.A. MI 131313B  
Reg. Imprese Milano/C.F./P.IVA n. IT 09743130156  
Iscritta al R.U.I. sezione B n. 114899 del 16/04/2007  
AZIENDA CERTIFICATA ISO 9001:2008

SOCIETA' QUOTATA alla BORSA ITALIANA - Segmento AIM Italia

**GRUPPO ASSITECA**

In Italia: Milano • Ancona • Bologna • Cagliari • Catania • Cesena (FC) • Firenze • Genova • Lecco • Livorno • Modena • Napoli • Pescara • Pordenone • Roma • Salerno • Taranto • Torino • Verona  
Repubblica di San Marino

In Spagna: Madrid • Barcellona

Nel mondo: partner di EOS RISQ e Lockton Global

COVERHOLDER AT LLOYD'S

## Ignazio Benito Oliveri

---

**Da:** Ignazio Benito Oliveri <ignazio.oliveri@assiteca.it>  
**Inviato:** martedì 29 gennaio 2019 16:02  
**A:** 'doraministeri@materdeicatania.it'  
**Cc:** 'Salvatore Zappalà'; 'Gigi Nesi'  
**Oggetto:** Polizza LLOYD's rinnovo 2019 + estratto conto  
**Allegati:** doc07267520190129152148.pdf; doc07267620190129152212.pdf

Dott.ssa Buonasera,

le trasmetto in allegato la copia del frontespizio di polizza RCT/O rinnovata con i Lloyd's periodo 08/01/2019 – 08/01/2019, pagamento in due rate di € 47.499,99 rispettivamente il:

09/01/2019 -10/07/2019 (con mora pagamento termine ultimo di gg 60 08/03/2019)

11/07/2019 -08/01/2020 (con mora pagamento termine ultimo di gg 60 08/09/2019)

Cordiali Saluti

Ignazio Benito Oliveri  
Responsabile Filiale Di Catania  
Area Ovest  
T. +39 095 436465 | M. +39 347 3476086  
Rui Sez. n B 317734



ASSITECA S.p.A.  
Via Fimia, 66 - 95128 Catania  
[catania@pec.assiteca.net](mailto:catania@pec.assiteca.net) - [www.assiteca.it](http://www.assiteca.it)  
Cap. soc. Euro 5.832.193,51 i.v. - Reg. Imprese MI/C.F./P. IVA IT 09743130156 - R.E.A. MI 1313138

Scarica la APP ASSITECA per la gestione dei sinistri!



In ottemperanza al Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), si precisa che le informazioni contenute in questo messaggio sono riservate ad uso esclusivo del destinatario. Qualora il messaggio le fosse pervenuto per errore, la invitiamo ad eliminarlo senza copiarlo e a non inoltrarlo a terzi, dandocene gentilmente comunicazione. Per ulteriori dettagli in merito al trattamento dei dati da parte di Assiteca S.p.a e di tutte le società del Gruppo, la invitiamo a prendere visione della Data Protection Policy sul sito [www.assiteca.it](http://www.assiteca.it). Grazie.

Pursuant to General Data Protection Regulation 2016/679, you are hereby informed that this message contains confidential information intended only for the use of the addressee. If you are not the addressee and have received this message by mistake, please delete it and immediately notify us. You may not copy or disseminate this message to anyone. For further details on the processing of data by Assiteca S.p.a and all the companies of the Group, we invite you to read the Data Protection Policy on the website [www.assiteca.it](http://www.assiteca.it). Thank you.