

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Indice

1.	GLOSSARIO - DEFINIZIONI	2
2.	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO	5
3.	RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE	5
4.	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ	6
5.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
6.	ULTRATTIVITÀ PER CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	8
7.	CLAUSOLA DI CONTINUITÀ	9
8.	OMESSO ADEMPIMENTO CREDITI ECM	9
9.	CONDANNA IN SOLIDO	9
10.	CONDANNA ALLA PROVVISORIALE	10
11.	RETROATTIVITÀ ILLIMITATA	10
12.	SICUREZZA E RESILIENZA INFORMATICA (NIS2)	10
13.	CARICHE PREGRESSE	10
14.	ESCLUSIONI	10
15.	LIMITI	12
16.	LIMITI TERRITORIALI	12
17.	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	13
18.	DEEMING CLAUSE	13
19.	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE	13
20.	SERIE DI SINISTRI O UNICO SINISTRO	13
21.	SURROGAZIONE	13
22.	PAGAMENTO DEL PREMIO	14
23.	DETERMINAZIONE DEL PREMIO ED EVENTUALE RIMBORSO	14
24.	ONERI FISCALI	14
25.	CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE	14
26.	MODALITÀ DEL RINNOVO	14
27.	VARIAZIONE DEL RISCHIO IN CORSO D'ANNO	15
28.	RECESSO PER RIPENSAMENTO	15
29.	RECESSO PER SINISTRO	15
30.	CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	15
31.	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA	16
32.	CLAUSOLA BROKER	16
33.	NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE	16

Articolo 1 GLOSSARIO - DEFINIZIONI

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

Assicuratore	AIG EUROPE S.A. Rappresentanza generale per l'Italia
Assicurato	L'esercente la professione sanitaria che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta, e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o che abbia un rapporto di lavoro o di servizio o collaborazione presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a qualunque titolo, incluso lo specializzando. Il Personale non esercente una professione sanitaria che svolga una delle attività indicate nel Modulo di Proposta presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica, anche se svolta in sostituzione, distacco, comando e aspettativa presso enti differenti.
Assicurazione	La copertura assicurativa offerta dalla Polizza agli Assicurati.
Attività Professionale	L'attività medico-sanitaria svolta dall'Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e/o l'attività del Personale di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica che non sia esercente una professione sanitaria, riconducibile ad un rapporto contrattuale o di servizio o di collaborazione, a qualunque titolo, con la struttura indicata nella Scheda di Copertura.
Claims Made	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto le sole Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dall'Assicuratore) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e/o durante il Periodo di Ultrattività, anche se riferite a fatti od atti pregressi purché accaduti successivamente alla data inizio retroattività.
Comportamento colposo	Il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.
Comunicazione Formale	La lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Assicurato.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione e che ne paga il relativo Premio.
Danno	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.
Danno Erariale	Il pregiudizio economico subito dall'Erario a causa di un Danno, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.
Denuncia di Sinistro	La notifica, inviata dall'Assicurato all'Assicuratore, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza.
Ente Pubblico	Gli Enti inclusi nel conto economico consolidato ISTAT delle pubbliche amministrazioni nonché ogni persona giuridica soggetta alla giurisdizione della Corte dei conti.
Fatti e/o Circostanze	Quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave. • La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa

formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;

- l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle di cui agli artt. 696 e 696 bis c.p.c.

- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24; la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;

- il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;

- la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.

Franchigia/Scoperto	La quota di danno, in misura fissa o percentuale, che rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato e che, quindi, non viene trasferita all'Assicuratore. Viene riportata sulla Scheda di Copertura.
Intermediario	Gli Intermediari di assicurazioni iscritti alla sezione A del RUI (Agente) indicati nella Scheda di Copertura nonché, ove presente, l'Intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione B del RUI (Broker) cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale	La somma massima assicurata che l'Assicuratore è tenuto a pagare a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
Massimale di corresponsabilità	La somma massima che l'Assicuratore è tenuto a pagare a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro che coinvolga più Assicurati.
Modulo di Proposta	Il Modulo con il quale il Contraente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.
Perdite Patrimoniali	Il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
Periodo di Assicurazione	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Scheda di Copertura, per il quale è stato pagato il Premio. E' parte integrante del Periodo di Assicurazione l'eventuale estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art. 6).
Periodo di Efficacia	Il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione; tale periodo non comprende l'estensione dell'assicurazione in caso di eventuale cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.6).
Personale Tecnico	Qualsiasi persona iscritta ad un Albo Professionale, regolarmente abilitata o comunque in regola con le disposizioni di legge per l'affidamento dell'incarico professionale, che ha o abbia avuto un rapporto di impiego, di mandato o di servizio presso un Ente Pubblico e che predispone e sottoscrive il progetto, dirige e/o segue e sorveglia l'esecuzione dei lavori e/o esegue il collaudo statico dell'opera, nonché il Responsabile Unico del Procedimento e/o del Progetto per la realizzazione di lavori pubblici, il soggetto che svolge attività di supporto al Responsabile Unico del Procedimento e/o Progetto per la realizzazione di lavori pubblici e qualsiasi altra persona fisica in rapporto di dipendenza con la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria

pubblica che svolge o abbia svolto attività tecniche previste dalla normativa in vigore per conto e nell'interesse della Pubblica Amministrazione.

Polizza	Il presente documento che, unitamente al Modulo di Proposta ed alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.
Resp. Amministrativa	La responsabilità gravante sull'Assicurato che per inosservanza degli obblighi doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, alla pubblica amministrazione o allo Stato.
Resp. Amm.va/Contabile	La responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori denaro pubblico, da parte di un Assicurato, detto "agente contabile", fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio o di impiego con la Pubblica Amministrazione, che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale o un Danno Erariale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.
Richiesta di Risarcimento	Il primo tra: <ul style="list-style-type: none">• l'invito a dedurre o la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei conti.• l'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.
Scheda di Copertura	Il documento, che forma parte integrante della Polizza, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'attività assicurata, il perimetro della copertura ed il premio imponibile con le relative imposte governative.
Serie di Sinistri	La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, all'Assicuratore) in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro che attiva la Polizza sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi.
Sinistro	Una o più Richieste di Risarcimento conseguenti ad un medesimo evento dannoso di cui la prima sia pervenuta per iscritto all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, all'Assicuratore), per la prima volta, nel corso del Periodo di Assicurazione e/o del Periodo di Ultrattività. Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento derivante dai medesimi Comportamenti Colposi gli stessi saranno considerati Sinistri validamente denunciati alla data in cui è stata trasmessa la prima denuncia.
Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria	Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica privata, partecipata, convenzionata o che eserciti in altra forma, purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente e presso la quale l'Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo ovvero quella svolta in regime di convenzione con il servizio sanitario, nonché attraverso la telemedicina.
Sottolimito	La somma massima inclusa nel Massimale e non in aggiunta ad esso, che l'Assicuratore è tenuto a pagare a titolo di capitale, interessi e spese in relazione ad una specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Serie di Sinistri, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia

il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

Terzo

Ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Non sono considerati terzi:

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

Articolo 2 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

- di esercitare una delle professioni sanitarie e/o non sanitarie, indicate nel Modulo di Proposta con regolare iscrizione agli Albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti o in alternativa di esercitare presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria una delle attività indicate nel Modulo di Proposta, con un rapporto di dipendenza o di servizio o collaborazione, a qualunque titolo, con la struttura sanitaria.
- di non essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in dipendenza dell'Attività Professionale esercitata dall'Assicurato, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione, diverse od ulteriori rispetto a quanto dichiarato nel Modulo di Proposta.

Articolo 3 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Con riferimento a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelli di cui alla relativa definizione presente nel Glossario.



COSA È ASSICURATO?

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

L'Assicurazione è prestata nella forma «*claims made*», ossia opera per le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze ricevute dall'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, dall'Assicuratore) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciate all'Assicuratore nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia e purché tali Richieste di Risarcimento siano relative all'esercizio dell'Attività Professionale dichiarata e svolta al momento della sottoscrizione della Polizza e/o modificata in corso d'anno secondo quanto previsto all'Art. 27 *Variazione del rischio in corso d'anno*. Salvo acquisto dell'apposita garanzia aggiuntiva di cui all'Art. 13 *Cariche Pregresse*, non rientrano nell'oggetto di copertura le cariche pregresse già cessate al momento della prima sottoscrizione della Polizza AIG.

La data di retroattività corrisponde a quanto riportato nella Scheda di Copertura ed in applicazione della previsione minima stabilita dall'Art. 11 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, è **pari a 10 anni**, salvo acquisto della garanzia aggiuntiva di cui al successivo Art. 11.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE A – PERSONALE ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

L'Assicuratore, fino alla concorrenza del Massimale riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, presta l'Assicurazione nella forma «*claims made*» e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni

somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria anche ai sensi dell'art. 9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Assicurato, indicate nel Modulo di Proposta, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.

L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati. L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

SEZIONE B – PERSONALE NON ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

L'Assicurazione, nei limiti e alle condizioni previste in polizza, è prestata per quanto l'Assicurato sia tenuto a corrispondere a seguito di un'azione della Corte dei conti nei propri confronti per la Responsabilità Amministrativa e/o la Responsabilità Amministrativo / Contabile, in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata.

A maggior precisazione la garanzia prevista s'intende operante per il caso di colpa grave dell'Assicurato e pertanto opera per le somme che lo stesso sia tenuto a pagare, per effetto di sentenze definitive della Corte dei conti, anche nei casi in cui l'Ente Pubblico abbia esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'Assicurato a seguito di risarcimento a Terzi.

È compreso altresì in garanzia quanto l'Assicurato dovrà corrispondere a seguito di rito abbreviato ex art. 130 del codice di giustizia contabile a condizione che il ricorso al rito abbreviato sia stato preventivamente concordato con l'Assicuratore.

L'Assicurazione si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Assicurato debba rispondere personalmente. L'Assicurazione comprende inoltre:

- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;
- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali che l'Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a Terzi, all'Ente Pubblico, alla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza ed all'Erario in genere a seguito di propri errori;
- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per la gestione di valori e di beni compresi nel patrimonio dell'Ente Pubblico e della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari.

PRECISAZIONI ED ESTENSIONI VALIDE PER ENTRAMBE LE SEZIONI

(L'estensione J vale per il solo personale esercente una professione sanitaria – Sezione A)

a) **Attività di rappresentanza e di Commissario di gara.**

L'Assicurazione vale per gli incarichi di carattere collegiale e/o commissariale svolti dai singoli Assicurati in rappresentanza dell'Ente Pubblico in altri Organi Collegiali.

b) **Membro di commissione.**

L'Assicurazione vale altresì per all'attività di Membro di commissione / Commissario di gara non retribuita dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, presso altri Enti Pubblici, diversi da quello con il quale l'Assicurato ha un rapporto di impiego, di mandato o di servizio. L'estensione di garanzia di cui al presente paragrafo è operante a prescindere:

- dal numero di volte per cui questo tipo di attività viene svolta durante l'anno;
- dalla tipologia di Enti Pubblici presso i quali viene svolta tale attività.

Estensione D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.

L'Assicurazione è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dalle responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore), sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dagli Assicurati in funzione di:

- Datore di Lavoro e/o Responsabile del servizio di prevenzione e protezione e/o altre figure previste dal D.M. 363/1998 ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i.;
- Committente, Responsabile dei lavori, Coordinatore per la Progettazione e/o Coordinatore per l'esecuzione dei lavori ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Quanto sopra, ed in relazione alla Responsabilità Civile operai e/o prestatori di lavoro (RCO), in nessun caso dovrà essere considerato un impegno da parte dell'Assicuratore di rispondere direttamente o indirettamente per effetto di un'azione di rivalsa dell'INAIL, la quale si intende quindi esplicitamente esclusa dalla presente Assicurazione

c) Ecologia ed ambiente.

L'Assicurazione è altresì operante per le Perdite Patrimoniali derivanti dallo svolgimento delle attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore).

d) Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi.

L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

e) Perdite Patrimoniali e Danni Erariali per attività connesse all'assunzione e gestione del personale

L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale. La prestazione opera con il **sottolimito del 50%** del Massimale indicato nella Scheda di Copertura ed in ogni caso entro il **massimo di € 500.000** (cinquecentomila).

f) Danni patrimoniali, perdite non patrimoniali e Danni Erariali derivanti dall'attività di Protezione dei Dati personali.

L'Assicurazione comprende anche le fattispecie di Responsabilità Civile derivanti all'Assicurato ai sensi delle disposizioni della Legge n. 196 del 03/06/2003 e del Regolamento (UE) 679/2016 GDPR-Regolamento generale sulla protezione dei dati - e loro successive modifiche e integrazioni, per Danni cagionati a Terzi in conseguenza dell'errato trattamento colposo (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi.

g) Rivalsa in sede giurisdizionale ordinaria.

L'Assicurazione è altresì operante nel caso in cui l'azione di rivalsa esercitata dalla Pubblica Amministrazione, nei confronti del proprio personale non esercente una professione sanitaria che svolga una delle attività indicate nel Modulo di proposta, sia promossa innanzi alla magistratura ordinaria, nel solo caso di sentenza definitiva che stabilisca una condanna/soccombenza per colpa grave nei confronti dell'Assicurato. Nel caso in cui la sentenza di condanna/soccombenza addebiti all'Assicurato una colpa lieve oppure non consenta una gradazione della colpevolezza, la presente garanzia non sarà operante.

La prestazione opera con il **Sottolimito del 50%** del massimale indicato nella Scheda di Copertura ed in ogni caso entro il **massimo di € 600.000** (seicentomila).

h) Responsabilità per Personale Tecnico

La copertura assicurativa è estesa ai Danni connessi all'esercizio dell'attività di Personale Tecnico quale, a titolo meramente esemplificativo:

- a) attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore);
- b) verifica e validazione dei progetti così come prevista dal D.lgs. 36/2023 e ss.mm.ii;

- c) progettista, direttore dei lavori e collaudatore;
- d) responsabile Unico del Procedimento e/o del Progetto per la realizzazione di lavori pubblici.

La copertura assicurativa comprende anche:

1- i danni conseguenti a rovina totale o parziale delle opere in costruzione o sulle quali si eseguono lavori, verificatisi durante l'esecuzione o entro cinque anni della loro ultimazione;

2- le spese imputabili all'Assicurato per neutralizzare o limitare le conseguenze di un grave difetto che incida sulla stabilità dell'opera, con obbligo da parte dell'Assicurato di darne immediato avviso all'Assicuratore. In caso di disaccordo sull'utilità delle spese suddette o sull'entità di esse, le parti si obbligano a conferire ad un collegio di tre periti mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi. Detti periti sono nominati uno da ciascuno delle parti ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Tribunale competente; ciascuna delle parti remunererà il perito da essa designato, contribuendo alla metà delle spese e competenze del terzo perito. Le decisioni del collegio peritale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei periti dissente o si rifiuta di firmare il relativo verbale;

3- le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a gravi difetti alle opere riscontrati dopo la ultimazione dei lavori e che rendano l'opera inidonea all'uso al quale è destinata;

i) **Responsabilità solidale per il solo personale esercente una professione sanitaria (Sezione A)**

Nel giudizio per responsabilità amministrativa, rivalsa del datore di lavoro o surroga della sua compagnia di assicurazione, in caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, l'Assicuratore risponde per intero salvo il diritto di surroga nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 6 ULTRATTIVITÀ PER CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa potrà essere estesa gratuitamente, alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Scheda di Copertura e come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017, per i Sinistri denunciati all'Assicuratore nei **10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'Attività Professionale Assicurata**, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa.

L'Assicuratore risponde fino a concorrenza del Massimale riportato nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati durante tale periodo di ultrattività.

Per l'attivazione di tale estensione temporale di garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare all'Assicuratore la cessazione dell'Attività Professionale Assicurata, per il tramite dell'Intermediario, con la contestuale richiesta di attivazione della garanzia entro 6 (sei) mesi dalla scadenza **del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'Attività Professionale Assicurata. Se tale comunicazione/richiesta avverrà oltre tale termine, l'efficacia dell'estensione di garanzia decorrerà dalla data della comunicazione/richiesta, ferma la scadenza del periodo di ultrattività a 10 anni dalla scadenza della Polizza.**

In alternativa a quanto sopra, l'Assicurato potrà richiedere all'Assicuratore, per il tramite dell'Intermediario, di acquistare un periodo di ultrattività di 20 (venti) anni invece che di 10 (dieci). Tale richiesta dovrà essere avanzata tassativamente entro 6 mesi dalla cessazione della Polizza. In tal caso sarà onere dell'Assicuratore fornire all'Assicurato l'ammontare del relativo Premio da versare entro 15 (quindici) giorni dell'avvenuta proposta da parte dell'Assicuratore.

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

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Assicurato, senza necessità di richiesta di attivazione della garanzia e purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Articolo 7 CLAUSOLA DI CONTINUITÀ

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 14 *Esclusioni, punto u)* l'Assicuratore si impegna, nei termini e alle condizioni della presente Polizza, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti

e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

- a) alla data in cui per la prima volta l'Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza;
- b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti in Polizza.
- c) l'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente Polizza, dalla data di cui al punto a).

Articolo 8 OMESSO ADEMPIMENTO CREDITI ECM

L'Assicuratore si impegna a rinunciare a far valere l'inefficacia della polizza di cui all'art. 38-bis DL 152/2021, convertito con L. 233/2021, nonché all'eventuale diritto di rivalsa nei confronti dell'Assicurato.



GARANZIE FACOLTATIVE ACQUISTABILI A PAGAMENTO

Tutte le garanzie di cui a seguire sono valide esclusivamente se acquistate, pagato il relativo premio e riportate sulla Scheda di Copertura.

Articolo 9 CONDANNA IN SOLIDO IN SEDE GIURISDIZIONALE ORDINARIA

L'Assicuratore, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il sinistro si verifica ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

In caso di condanna in solido dell'Assicurato con altri soggetti (persone fisiche, Strutture e altri soggetti) la Società risponde per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Articolo 10 CONDANNA ALLA PROVVISORIALE

La Copertura Assicurativa, ferma l'esclusione dei danni derivanti da fatti dolosi, è estesa, entro il **limite massimo di € 200.000** (duecentomila) per Sinistro, ad una eventuale provvisoriale liquidata in sede penale e per la quale l'Ente, dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precetto nei confronti dell'Assicurato medesimo.

L'Assicurato, attivando la presente garanzia, dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti della Struttura sanitaria o Socio-sanitaria di appartenenza e/o della sua compagnia di Assicurazione per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna la Struttura sanitaria o Socio-sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità dell'assicurato verso terzi con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Articolo 11 RETROATTIVITÀ ILLIMITATA

A parziale deroga ed integrazione del precedente Art. 4 *Forma dell'Assicurazione*, l'Assicurazione opera con un periodo di Retroattività illimitata, invece che di 10 anni.

Articolo 12 SICUREZZA E RESILIENZA INFORMATICA (NIS2)

A parziale deroga dell'Art. 14 *Esclusioni, lett. w) Rischio Cyber*, le garanzie di cui al precedente Art. 5 *Oggetto dell'Assicurazione*, operano anche per le responsabilità derivanti all'Assicurato nel caso di azione di rivalsa esercitata dal datore di lavoro contro l'Assicurato, per presunte violazioni della Legge 90/2024 e del D.Lgs. 138/2024 (cd. NIS2) ss.mm.ii.

Articolo 13 CARICHE PREGRESSE

A parziale deroga ed integrazione dei precedenti Art. 4 *Forma dell'Assicurazione* e Art. 14 *Esclusioni, lett. c)*, le garanzie di cui al precedente Art. 5 *Oggetto dell'Assicurazione*, operano entro la Retroattività riportata sulla Scheda di Copertura, per eventuali Richieste di Risarcimento connesse e/o conseguenti ad attività professionali già cessate al momento della prima sottoscrizione della Polizza AIG, previste tra quelle assicurabili nel Modulo di Proposta, anche se differenti e/o svolte presso enti diversi rispetto a quanto attualmente riportato nella Scheda di Copertura.

Con riferimento al solo personale non esercente una professione sanitaria, la retroattività è estesa alle attività svolte in passato presso un qualunque ente della Pubblica Amministrazione anche se non previste tra quelle indicate nel Modulo di Proposta.



COSA NON È ASSICURATO?

Articolo 14 ESCLUSIONI

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

- a) riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali assicurate. In particolare, resta esclusa dalla presente assicurazione qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto di lavoro diretto o di collaborazione, a qualunque titolo, con l'ente sanitario e/o socio-sanitario. Si precisa che questa esclusione non è applicabile all'attività intramuraria, al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- b) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo, ivi incluso il doloso occultamento delle condotte dannose;
- c) connesse e derivanti dallo svolgimento di cariche pregresse non più svolte e non indicate nella Scheda di Copertura;
- d) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- e) in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale, destituito o licenziato per giusta causa;
- f) fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'Art. 16 *Limiti territoriali*;
- g) per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- h) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- i) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- j) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- k) derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- l) relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste personalmente e direttamente a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- m) relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a

- qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- n) relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
 - o) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
 - p) conseguenti a non accidentale inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
 - q) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni; o provenienti da trasmutazioni dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata; danni relativi a qualunque forma di contaminazione radioattiva.
 - r) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.
 - s) relativi a perdite o danni causati direttamente o indirettamente da, che avvengono per o in conseguenza di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (che la guerra sia dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o usurpato o confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o danneggiamento di beni da o per ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale
 - t) relativi a perdite o danni conseguenti all'esercizio dell'azione sociale di responsabilità ex artt. 2393, e s.s. ed art 2497 c.c.

Sono, inoltre, esclusi:

- u) Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- v) Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Scheda di Copertura
- w) Rischio Cyber:

Sono escluse dalla presente Polizza le Richieste di Risarcimento connesse o conseguenti a qualsiasi danno causato direttamente o indirettamente o in qualche modo collegata a:

- a) un atto doloso informatico (cyber act) ossia un atto non autorizzato o doloso o derivante dalla minaccia e che implica l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico;
- b) un incidente informatico (cyber incident) ossia qualsiasi errore o omissione che coinvolgono l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema Informatico. Come pure qualsiasi indisponibilità parziale o totale o guasto o mancato funzionamento di qualsiasi sistema informatico;
- c) uso non autorizzato o accesso non autorizzato ad un sistema informatico.

Per sistema informatico si intende qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, a titolo esemplificativo, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore inclusi qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione di quanto sopra e compreso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiature di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Articolo 15 LIMITI

A tutte le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze, si applicano le seguenti limitazioni o restrizioni:

- a) **Franchigia/Scoperto.** Le garanzie sono prestate con l'applicazione di un'eventuale franchigia e/o scoperto riportati sulla Scheda di Copertura.
- b) **Sottolimiti:**
 - Art. 5 lett. f) *Perdite Patrimoniali e Danni Erariali per attività connesse all'assunzione e gestione del personale:* 50% del Massimale di Polizza col limite massimo di € 500.000 (cinquecentomila) per Sinistro.

- Art. 5 lett. h) *Rivalsa in sede giurisdizionale ordinaria*: 50% del Massimale di Polizza col limite massimo di € 600.000 (seicentomila) per Sinistro.
 - Art. 10 *Condanna alla Provvisionale*: limite di € 200.000 (duecentomila) per Sinistro.
 - c) Massimale di corresponsabilità.** Nel caso di corresponsabilità di più Assicurati nell'ambito di un medesimo Sinistro, l'Assicuratore per tale Sinistro è obbligato ad un esborso **massimo di € 12.000.000** (dodici milioni) complessivo per tutti i soggetti coinvolti, fermo il limite massimo di ogni singolo Assicurato derivante dal proprio Massimale di Polizza acquistato. Qualora il Massimale di corresponsabilità non fosse capiente, i Massimali per sinistro singolarmente acquistati, saranno ridotti in maniera proporzionale, con ponderazione matematica tra il singolo massimale per sinistro acquistato ed il massimale aggregato di corresponsabilità.
 - d) Sanzioni internazionali.** Se, in virtù di qualsiasi legge o regolamento applicabile alla Compagnia, alla sua capogruppo o alla sua controllante al momento della decorrenza della presente Polizza o in qualsiasi momento successivo, dovesse risultare illecito fornire copertura all'Assicurato/Contraente in conseguenza di un embargo o di altra sanzione applicabile la Compagnia, la sua capogruppo o la sua controllante, non potrà fornire alcuna copertura né assumere alcun obbligo, né fornire alcuna difesa all'Assicurato/ Contraente o disporre alcun pagamento per i costi di difesa, né garantire alcuna forma di indennizzo per conto dell'Assicurato/Contraente, nella misura in cui ciò costituisca, appunto, violazione della suddetta sanzione o embargo.
 - e) Secondo rischio in caso di coesistenza altre assicurazioni.** Qualora esistano altre assicurazioni contratte dall'Assicurato o dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a secondo rischio, ossia in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza, diversamente opera a primo rischio. **L'obbligo di comunicare all'Assicuratore la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati**, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.
- Nel caso in cui l'Assicurato/Contraente dovesse acquistare, per lo stesso rischio, **più coperture con AIG EUROPE S.A, la massima esposizione per l'Assicuratore sarà quella relativa alla polizza con il Massimale più elevato**. AIG, pertanto, non riconosce il cumulo di Massimali tra polizze contratte per la copertura del medesimo rischio.



DOVE VALE LA COPERTURA?

Articolo 16 LIMITI TERRITORIALI

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



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E RELATIVA GESTIONE

Articolo 17 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta di Sinistro all'Assicuratore, **per il tramite dell'Intermediario**, di ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Tale denuncia deve contenere la data e la descrizione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati e ogni altra notizia utile per l'Assicuratore. Alla Denuncia di Sinistro devono far seguito, con urgenza, i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a dettagliata relazione confidenziale sui fatti.

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

Articolo 18 DEEMING CLAUSE

Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento connessa o conseguente ai medesimi comportamenti colposi, la stessa sarà considerata Sinistro validamente occorso alla data della denuncia del Fatto e/o Circostanza collegato/a, con applicazione delle condizioni vigenti in quel momento.

Articolo 19 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

L'Assicuratore assume, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali e/o tecnici e/o consulenti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico dell'Assicuratore ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento, entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

L'Assicuratore non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano dallo stesso designati o autorizzati e **in ogni caso non risponde di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'Assicurato.**

Articolo 20 SERIE DI SINISTRI O UNICO SINISTRO

Tutti gli eventi dannosi dovuti, connessi o consequenziali ad una medesima causa verranno considerati un unico Sinistro verificatosi o alla data in cui è stata presentata all'Assicurato la prima delle Richieste di Risarcimento connesse oppure alla data in cui l'Assicurato ha denunciato all'Assicuratore la Fatti e/o Circostanze che poi hanno comportato la successiva Richiesta di Risarcimento.

Qualsiasi Richiesta di Risarcimento derivante da, basata su o attribuibile alla medesima causa e/o singolo errore professionale sarà considerata una sola Richiesta di Risarcimento ai sensi della presente Polizza ed il Massimale sarà pertanto unico per Sinistro.

Articolo 21 SURROGAZIONE

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



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Articolo 22 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze

I Premi devono essere pagati all'Intermediario incaricato.

Le modalità di pagamento dei Premi sono le seguenti: sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario l'Intermediario incaricato.

Articolo 23 DETERMINAZIONE DEL PREMIO ED EVENTUALE RIMBORSO

Il Premio è determinato sulla base di elementi variabili del rischio ossia l'Attività Professionale Assicurata.

Ai fini della determinazione del Premio, inoltre, sono considerati anche: Il Massimale acquistato; le garanzie acquistate; i Sinistri e le Circostanze pregresse; le dichiarazioni pre-assuntive indicate sulla Scheda di Copertura. Qualora il Contraente eserciti il "*Diritto di Ripensamento*" di cui all'Art. 28, ha diritto alla restituzione integrale del Premio versato. Nel caso una delle due parti, invece, eserciti il "*Recesso per Sinistro*" di cui all'Art.

29, l'Assicuratore dovrà restituire la quota parte di Premio imponibile relativo al Premio già versato e non goduto.

Articolo 24 ONERI FISCALI

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



QUANDO COMINCIA E QUANDO FINISCE LA COPERTURA

Articolo 25 CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dal proponente sulla piattaforma web dell'Intermediario concorrono a formare il Modulo di Proposta. Le parti concordano che le attività di registrazione dei propri dati personali, elaborazione dell'indicazione di Premio e di accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di Premio ed al sistema di preventivazione online, costituiscono modalità di vendita a distanza e si impegnano, pertanto, al rispetto della normativa in vigore.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio e scade al termine del Periodo di Assicurazione come indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 26 MODALITÀ DEL RINNOVO

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

- a. disdetta, inviata da una delle parti con preavviso di 30 giorni; L'Assicurato potrà manifestare la sua volontà di disdire il contratto tramite invio di comunicazione mezzo PEC all'indirizzo insurance@aigeurope.postecert.it oppure via mail all'Intermediario;
- b. variazioni di rilievo dell'Attività Professionale ai sensi del secondo capoverso dell'Art. 27, inerente il Periodo di Assicurazione immediatamente precedente al rinnovo;
- c. qualsiasi Richiesta di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze ricevuta dall'Assicurato o di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza nel corso del Periodo di Assicurazione precedente al rinnovo.

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

Articolo 27 VARIAZIONE DEL RISCHIO IN CORSO D'ANNO

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

Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'Attività Professionale dichiarata dall'Assicurato in prima adesione o al rinnovo, che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

Alla scadenza contrattuale e previo avviso di almeno 90 giorni, anche ai sensi delle Legge 24/2017 e D.Lgs. 232/2023 e con riferimento al verificarsi o meno di Sinistri, l'Assicuratore comunica eventuali variazioni delle condizioni normative e/o tariffarie, coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri alla base del calcolo del Premio. Il Contraente può esprimere il consenso accettando esplicitamente la nuova proposta, oppure implicitamente ritirando la relativa quietanza e pagando il nuovo Premio.



RECESSO E RISOLUZIONE

Articolo 28 RECESSO PER RIPENSAMENTO

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

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

- a) dalla trasmissione all'Intermediario del Modulo di Proposta debitamente sottoscritto dal Contraente / Assicurato; o
- b) dal pagamento del Premio all'Intermediario.

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

- comunicare la propria decisione all'Intermediario tramite mail;
- inviare all'Intermediario una raccomandata con ricevuta di ritorno entro 14 giorni dalla data di ricezione dei documenti assicurativi dichiarando di non essere a conoscenza di danni avvenuti nel periodo;
- restituire all'Intermediario i documenti assicurativi originali tramite raccomandata con ricevuta di ritorno entro 15 giorni dalla data di comunicazione del ripensamento.

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento l'Assicuratore, per il tramite dell'Intermediario, rimborserà l'intero Premio già versato.

Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento, tutti gli eventuali Sinistri non saranno indennizzati o indennizzabili.

Articolo 29 RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro, ed in presenza di una reiterata condotta colposa, e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, tanto il Contraente che l'Assicuratore possono recedere dalla Polizza mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti, quali PEC) dando un preavviso di almeno 120 (centoventi) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

In caso di recesso al Contraente è dovuto il rimborso della parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

Articolo 30 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Proposta generato dalla piattaforma web deve pervenire all'Intermediario entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura di cui all'Art. 25 *Conclusione e durata dell'Assicurazione*.

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

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

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

ALTRE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI FINALI E CONCLUSIVE

Articolo 31 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione della Polizza deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dall'Assicuratore.

Articolo 32 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato all'Intermediario indicato in Polizza, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente Assicurazione; pertanto, ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato, ogni comunicazione fatta dall'Intermediario all'Assicuratore sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato ed ogni comunicazione fatta dall'Assicurato all'Intermediario sarà considerata come fatta all'Assicuratore.

L'Intermediario è altresì autorizzato ad effettuare l'incasso dei premi, rilasciando apposita quietanza emessa dall'Assicuratore.

Articolo 33 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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

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