

**ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del
M E D I C O**

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

Si vedano gli articoli 4, 10.1, 18

Articolo 1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questa polizza l'Assicurato dichiara :

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Articolo 2 - RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Articolo 3 - DEFINIZIONI

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

Assicuratori	alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's of London.
Broker/Agente di Assicurazioni	la ditta indicata nella scheda di copertura
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
Massimale	la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di

assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

Perdite Patrimoniali

il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Periodo di assicurazione

il periodo le cui date d'inizio e di termine sono stabilite nella Scheda di copertura, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il periodo di assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto.

Polizza

il presente documento, che prova l'esistenza del contratto e ne disciplina le modalità.

Richiesta di risarcimento

quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato :

- i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.

Scheda di copertura

il documento, annesso a questa polizza per farne parte integrante, nel quale figurano i dettagli richiamati nel testo.

Sinistro

la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del periodo di assicurazione.

Articolo 4 - Forma dell'assicurazione («Claims made» - Retroattività)

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di detto periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (*Si veda l'articolo 18*).

Se la Scheda di copertura non stabilisce diversamente, la data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese d'inizio del periodo di assicurazione, retrodatati di 2 (due) anni.

Articolo 5 - Oggetto dell'assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del massimale quale definito in polizza e stabilito nella Scheda di copertura, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo precedente :

5.1. Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi

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

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

5.2. Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso i dipendenti

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

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

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

Articolo 6 - SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Se il sinistro comporta imputazioni penali per fatto doloso, sono a carico degli Assicuratori le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, purché questi venga prosciolto od assolto in fase istruttoria o con sentenza passata in giudicato per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, escludendo quindi i casi di assoluzione con altre formule e i casi di estinzione, per qualunque causa, del reato.

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

Articolo 7 - NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

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

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

Articolo 8 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 9 - PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

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

9.1 L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale *extramoenia*, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa. Sono quindi comprese nell'assicurazione, ad esemplificazione dei predetti aspetti tipici e non a titolo limitativo, anche le seguenti voci quando ne ricorre il caso :

- a) la responsabilità civile derivante all'Assicurato quando si trovi a svolgere la funzione di sostituto nella conduzione temporanea dello studio professionale di un collega;
- b) la responsabilità civile derivante all'Assicurato quando si trovi occasionalmente a svolgere l'attività professionale dichiarata presso ospedali o cliniche per prestazioni ai suoi pazienti;
- c) i danni derivanti dall'esecuzione di piccoli interventi chirurgici ambulatoriali o domiciliari senza ricorso ad anestesia totale;
- d) i danni derivanti dalla pratica di agopuntura, chiroterapia, omeopatia, mesoterapia e/o dall'uso di apparecchi di roentgenterapia;

- e) i danni conseguenti all'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e terapeutici;
- f) i danni derivanti dall'utilizzo del laser;
- g) i danni conseguenti all'uso di apparecchi per la diatermia ed elettroterapia;
- h) i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive.

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

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

9.3 L'assicurazione comprende in ogni caso :

- I) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 20;
- II) i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
- III) i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- IV) le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. N° 196 del 30 giugno 2003). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di € 100.000 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il massimale stabilito in polizza per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione;
- V) la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 626 del 19 settembre 1994 e successive modificazioni e integrazioni;
- VI) la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
- VII) la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino.

Articolo 10 - ESCLUSIONI

10.1 - Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "*claims made*", quale temporalmente delimitata nella presente polizza, sono esclusi :

- a) i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18;
- b) le richieste di risarcimento che fossero già note all'Assicurato prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c) i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di copertura.

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

- a) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) riconducibili ad attività abusive o non consentite o riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d) in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- e) per danni che siano imputabili esclusivamente ad assenza del consenso informato;
- f) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i) derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- j) relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l) relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;

- n) conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- o) che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo quanto previsto alla voce h) dell'articolo 9.1;
- p) che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente.
- r) che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale, e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico.

Articolo 11 - RESPONSABILITA' SOLIDALE

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

Articolo 12 - CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE

Se durante il periodo di assicurazione l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per quiescenza o decesso dell'Assicurato ma non per altra ragione diversa dalle predette, come ad esempio la sospensione o cancellazione dall'Albo per motivi disciplinari o dal licenziamento per giusta causa, l'assicurazione copre le richieste di risarcimento che possano essergli fatte per la prima volta nei due anni successivi alla data di scadenza di questo contratto, in conseguenza di fatti dannosi o comportamenti colposi accaduti o commessi durante il periodo di assicurazione, e purché tali richieste vengano notificate agli Assicuratori entro lo stesso termine temporale.

Qualora il periodo di assicurazione sia superiore a 12 mesi, la durata complessiva del periodo di assicurazione e dell'estensione suddetta per la denuncia agli Assicuratori di eventuali richieste di risarcimento si intende limitata a 36 mesi.

Articolo 13 - COPERTURA A FAVORE DEGLI EREDI E DEI TUTORI

In caso di morte o di incapacità dell'Assicurato, l'assicurazione sopra delimitata prosegue fino alla sua naturale scadenza a favore degli eredi o successori o tutori, purché essi ne rispettino le condizioni.

Articolo 14 - VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del periodo di assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

Articolo 15 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo periodo di assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo periodo di assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 16 - ONERI FISCALI

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

Articolo 17 - COESISTENZA ALTRE ASSICURAZIONI

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il massimale stabilito nella Scheda di copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

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

Articolo 18 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante il polizza (*articolo 3*), l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del periodo di assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. (*Si vedano l'articolo 4 e la voce a) dell'articolo 10.1*).

Negli stessi termini e con le stesse modalità, l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza da cui possano derivare danni risarcibili da questa assicurazione. Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il periodo di assicurazione.

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

Articolo 19 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 20 - SURROGAZIONE

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

Articolo 21 - CLAUSOLA BROKER/AGENTE

Con la sottoscrizione della presente polizza l'Assicurato conferisce al Broker o Agente di Assicurazioni indicato nella scheda di copertura il mandato a rappresentarlo, ai fini di questo contratto di assicurazione. Gli Assicuratori hanno conferito alla Furness Underwriting Ltd (Coverholder) l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza.

E' convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta da Furness Underwriting Ltd al Broker o Agente di Assicurazioni sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dal Broker o Agente di Assicurazioni a Furness Underwriting Ltd sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- c. Ogni comunicazione—fatta da Furness Underwriting Ltd sarà considerata come fatta dagli Assicuratori;
- d. Ogni comunicazione fatta a Furness Underwriting Ltd sarà considerata come fatta agli Assicuratori;

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite detto Broker o Agente di Assicurazioni.

Articolo 22 - NORME DI LEGGE

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

Articolo 23 – ESCLUSIONE PROCEDURE INVASIVE (il presente articolo e' operativo solo se richiamato espressamente nella scheda di copertura)

Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da "procedure invasive", definite come:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di scalpelli e pinze e l'effettuazione di esplorazioni diagnostiche;

2. la sutura di ferite traumatiche maggiori effettuate in sala operatoria o sala parto, pronto soccorso o ambulatorio sia medico che chirurgico;
 3. caterizzazione cardiaca e procedure angiografiche;
 4. parto naturale o cesareo o altre operazioni ostetriche durante le quali possano verificarsi sanguinamenti;
 5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di ogni tessuto orale o periorale, inclusi i denti;
 6. manovre durante le quali normalmente si verifica sanguinamento;
 7. somministrazione sottocutanea di prodotti aventi finalità estetiche.
-

Articolo 24 – CESSAZIONE DEL CONTRATTO

24.1 Viene concordato che, alla scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, e salvo che le parti abbiano esplicitamente escluso il rinnovo automatico del contratto in sede di conclusione dello stesso, la presente assicurazione verrà automaticamente rinnovata alle stesse condizioni per ulteriori 12 mesi, fermo restando il periodo massimo di **Durata del Contratto** quale specificato nella **Scheda di Copertura**. Quanto sopra non si applica qualora ricorra una o più delle seguenti ipotesi:

24.1.1 l'**Assicurato** abbia ricevuto una richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, o sia a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento ai termini della presente assicurazione

24.1.2 l'attività esercitata e/o la posizione e/o la specializzazione dell'**Assicurato** sono cambiate ed il mutamento non è stato portato all'attenzione degli **Assicuratori** e da questi accettato.

24.2 Nel caso che, alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** in corso, si sia verificata l'ipotesi **24.1.1** e/o l'ipotesi **24.1.2**, la presente assicurazione viene automaticamente annullata con effetto dalla stessa data di scadenza, salvo pattuizione speciale tra le Parti per il rinnovo a condizioni da concordarsi.

24.3 Se la presente assicurazione sarà stipulata per un periodo di più annualità sarà comunque in facoltà delle parti di rescinderla al termine di ogni **Periodo di Assicurazione** annuo per mezzo di comunicazione scritta da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Assicurato dichiara :

- 1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "CLAIMS MADE", a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;**
- 2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle Condizioni :**
 - articolo 4 – Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)**
 - articolo 10 – Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 10.1)**
 - articolo 16 – Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)**
 - articolo 18 – Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del periodo di assicurazione)**
 - articolo 19 – Recesso in caso di sinistro**
 - articolo 21 – Clausola Broker/Agente**

L'ASSICURATO