ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER COLPA GRAVE

LA PRESENTE POLIZZA E' PRESTATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE" E QUINDI LA POLIZZA COPRE I SINISTRI NOTIFICATI ALL'ASSICURATO PER LA PRIMA VOLTA DURANTE IL PERIODO DI VALIDITA' DELLA COPERTURA

DEFINIZIONI

Le parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono a interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

ASSICURATORI	L'impresa di Assicurazione indicate nella Scheda di Polizza
ASSICURATO	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale
BROKER/AGENTE DI ASSICURAZIONI	Il soggetto – persona fisica o giuridica – iscritto al Registro Unico degli Intermediari che svolge attività di intermediazione assicurativa. indicata nella Scheda di Polizza a cui il Contraente abbia affidato la gestione di questo contratto.
CERTIFICATO E/O SCHEDA DI COPERTURA	I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo
CIRCOSTANZA DI SINISTRO	La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilita' amministrativa o di rivalsa per colpa grave; La Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o l'Impresa di Assicurazione di quest'ultima informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un Terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilita' amministrativa o di rivalsa per colpa grave.
CONTRAENTE	Il soggetto che stipula la presente Polizza in nome e per conto degli Assicurati
COVERHOLDER	Il soggetto – persona fisica o giuridica – indicato nella Scheda di Polizza

DANNO/DANNI	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali
LOSS ADJUSTER	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei Sinistri rientranti in questa assicurazione
MASSIMALE	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro, incluso il Sinistro in Serie, 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 che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.
PERIODO DI EFFICACIA	Il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione
POLIZZA	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione
RICHIESTA DI RISARCIMENTO	L'inchiesta giudiziaria promossa dalla Corte dei Conti per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; La domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria civile.
SINISTRO	La Richiesta di risarcimento e/o Circostanza di Sinistro come sopra definite, portata a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
SINISTRO IN SERIE	Piu' richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato in conseguenza di una pluralita' di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a piu' atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro

STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA	L'Azienda Sanitaria, Ospedaliera o l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale

Art. 1 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITA'

L'assicurazione è prestata nella forma "claims made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività indicata in Scheda di Copertura.

Art. 2 CONTRAENZA - LEGITTIMAZIONE

La presente Polizza/ viene stipulata dal Contraente ex articolo 1891 Codice Civile per conto degli Assicurati e con espresso consenso degli stessi, che formalmente si manifesta attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione e se non richiesta tramite comunicazione scritta al Broker ed in entrambi i casi attraverso il pagamento del premio ivi previsto.

Art. 3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale - vedasi Definizioni - stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, prestano l'assicurazione nella forma "claims made" enunciata all'articolo 1 e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni e le Perdite patrimoniali causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dall'Impresa di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilita' amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.

Resta esclusa dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile a un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo il contenuto dell'articolo 7.

Art. 4 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti o al Giudice ordinario per colpa grave a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.
Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o 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 per colpa grave.
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, ne' le spese legali e peritali dei procedimenti penali.
Le circostanze di sinistro non comportano l'obbligo degli Assicuratori di farsi carico di spese legali e/o peritali alcune come precisato al successivo articolo 16 della presente polizza.

.

Art. 5 NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.
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 fruiscano personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.

Art. 6 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, su incarico dell'Ente Ospedaliero di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È 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, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Art. 7 PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.
L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.
L'Assicurazione opera altresí per Danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarieta' umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

Art. 8 ESCLUSIONI

8.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse:

a. Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
b. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli Assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori. Solo a titolo di mero esempio, costituiscono circostanze note la comunicazione di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale, la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile, la comunicazione dell'Azienda di Appartenenza o della sua Impresa di Assicurazioni con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
c. Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

a. I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;

b. I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
c. Le conseguenze di 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. I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
e. Esclusivamente per gli interventi chirurgici, i Danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato;
f. I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
g. I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
h. I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
i. I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
j. Le conseguenze 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. I 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. Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
m. I Danni 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. Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso e accidentale;
o. I Danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo a esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
p. I Danni e le perdite 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. I Danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
r. I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria, fermo restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte;
s. Qualsiasi responsabilita' dell'Assicurato e/o qualsiasi Sinistro e/o qualsiasi costo per cui l'Assicurato non sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave.

Art. 9 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

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

Art. 10 ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purche' conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.
Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi altro motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza è riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purche' conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattivita'. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al:

1. 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il secondo o successivo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto e il Coverholder del presente contratto
2. 300 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto e il secondo o successivo anno di copertura assicurativa con il Coverholder del presente contratto
3. 500 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa sia con gli Assicuratori del presente contratto che con il Coverholder del presente contratto

Valgono le modalità previste dall'articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

Art. 11 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 Codice Civile) o un aggravamento (articolo 1898 Codice Civile) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile.
Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuizione) nè limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Art. 12 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Fermo quanto sopra e solo in caso di rinnovo della copertura se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (termine di mora).

Art. 13 ONERI FISCALI

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

Art. 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE RESCINDIBILITÀ ANNUALE

Ove nella Scheda di Copertura sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Copertura, Il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Clausola della proroga automatica dell'assicurazione

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

La proroga è però condizionata al ricorrere delle seguenti circostanze essenziali :

1. che alla predetta data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di Sinistri, cosi' come definiti in accordo con il testo di polizza, che debbano essere denunciati agli Assicuratori;
2. che l'attività professionale dichiarata nella Proposta presentata agli Assicuratori insieme alla richiesta di emissione non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora taluno dei punti 1 e 2 che precedono non corrisponda a verità, l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori entro i 30 (trenta) giorni successivi alla predetta data di scadenza e gli Assicuratori avranno diritto di confermare la proroga oppure di non concederla con restituzione del premio se questo è già stato riscosso ed eventualmente di concordare con l'Assicurato i termini di rinnovo del contratto.

Ciascuno dei punti 1 e 2 che precedono s'intende tacitamente confermato se l'Assicurato non abbia dato diverso avviso agli Assicuratori nei termini suddetti. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (Variazioppne del rischio). *(Si veda l'articolo 11).*

Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio, l'Assicurato può farne comunicazione agli Assicuratori almeno 15 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione e gli Assicuratori, se ricorrono le condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, sono tenuti a ridurre il premio della proroga e rinunciano alla facoltà di recesso prevista dallo stesso articolo.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 17 (facoltà di recesso in caso di Sinistro).

Art. 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile 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.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, che coprano 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.

Art. 16 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le Definizioni di Polizza "Richiesta di risarcimento" e di "Circostanza di sinistro" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.
La notifica di una "Circostanza di sinistro" sara' considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.
Si precisa tuttavia che la "Circostanza di sinistro" non comportera' l'obbligo degli Assicuratori di nominare/approvare legali e/o periti fino a quando una "Richiesta di risarcimento" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.
L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.
La denuncia va fatta agli Assicuratori o al Coverholder.
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, e 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 a una relazione confidenziale sui fatti.
Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.
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.

Art. 17 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al trentesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che gli Assicuratori possono recedere da questo contratto con preavviso scritto di trenta giorni. Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro trenta 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.
Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 10 "Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione".

Art. 18 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.

Art. 19 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.
Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Art. 20 CLAUSOLA BROKER

Con l'adesione alla presente Polizza l'Assicurato conferisce al Broker indicato nel Certificato e/o Scheda di Copertura il mandato di brokeraggio con l'incarico di assisterlo ai fini di questo contratto di assicurazione.
È convenuto pertanto che:

a. ogni comunicazione effettuata al Broker/Agente di Assicurazioni dal Coverholder si considererà come effettuata all'Assicurato;
b. ogni comunicazione effettuata dal Broker/Agente di Assicurazioni dell'Assicurato al Coverholder si considererà come effettuata dall'Assicurato stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.
Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006, il Broker/Agente di Assicurazioni è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Broker/Agente di Assicurazioni, come previsto al precedente articolo 5.

Art. 21 NORME DI LEGGE

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

Art. 22 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione (qualora necessario) l'Assicurato dichiara:
22.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario Nazionale. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;
22.2 di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali
22.3 di non essere a conoscenza, alla data di decorrenza della presente Polizza, di Circostanze di Sinistro che avrebbero potuto determinare o che abbiano determinato richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attivita' professionale esercitata dall'Assicurato stesso.

Art. 23 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 a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Art. 24	CLAUSOLA DI RESPONSABILITÀ DISGIUNTA

La responsabilità di un Assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri Assicuratori che partecipano al presente contratto. Un Assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un Assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro Assicuratore. Un Assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro Assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.
La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un Assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato di Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.
Nel caso di un Sindacato di Lloyd's, ogni Membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un Assicuratore. Ogni Membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni Membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni Membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni Membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni Membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro Assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun Membro è presso i Lloyd's, 1 Lime Street, EC3M 7HA, Londra. L'identità di ciascun Membro di un Sindacato di Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere accertate mediante richiesta scritta da inviarsi presso la sede secondaria italiana di Lloyd's – Corso Garibaldi 86, 20121 Milano.
Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

_____ _____

Data *Il Contraente/Assicurato*

ESCLUSIONE DI PFCS, PFAS, PFOS, PFOA , PRODOTTI CORRELATI e PRODOTTI CHIMICI

1. Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:

1.1 Qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorurate (PFAS), perfluorottano sulfonato (PFOS), acido perfluoroottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi; o

1.2 Qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche, regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

L'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Polizza*l* e, agli effetti dell'articolo 1341 e 1342 Codice Civile, dichiara :

1. **- di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di risarcimento 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 della Polizza*l*:**

Articolo 1	**FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ**
Articolo 8	**ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione *claims made* - 8.1)**
Articolo 14	**MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA – RESCINDIBILITÀ ANNUALE**
Articolo 15	**COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI**
Articolo 16	**OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (*esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione*)**
Articolo 17	**RECESSO IN CASO DI SINISTRO**
Articolo 20	**CLAUSOLA BROKER**
Articolo 22	**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

_____ _____

Data *Il Contraente/Assicurato*