LLOYD'S

Assicurazione R.C Professionale

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Documento predisposto a cura di Lloyd's Insurance Company S.A. (NWL 5320) registrato in Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. Lloyd's Insurance Company è autorizzato dalla Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.

Che tipo di assicurazione è?
È una copertura assicurativa di responsabilità civile professionale per l'esercente l'attività di infermiere, infermiere pediatrico o di Operatore Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Che cosa è assicurato?

✓ I danni (morte, lesioni personali e distruzione e deterioramento di cose) cagionati a terzi durante lo svolgimento dell'attività di infermiere, infermiere pediatrico o di Operatore Socio Sanitario.

Che cosa non è assicurato?

L'Assicurazione non comprende, a titolo di esempio:

× i danni direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di legge o al dolo;
× i danni da attività di sperimentazione clinica;
× i danni da attività di ricerca;
× eventuali danni generati da attività che non rientrano nella professione di infermiere, infermiere pediatrico o di Operatore Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Ci sono limiti di copertura?

Principali limitazioni:

! È un'assicurazione prestata nella forma "claims made", cioè opera per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta durante il periodo dell'assicurazione, relative ad eventi accaduti nel medesimo periodo di assicurazione o nel periodo di retroattività (illimitata).
! Sono escluse le richieste di risarcimento, come definite in polizza, che pervengano all'Assicurato:
! in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione;
! 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;
! connesse a fatti dannosi accaduti a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività convenuta (illimitata);
! L'Assicurazione è prestata fino al massimale, scelto in fase di adesione, pari a Euro 2.000.000,00 o a Euro 5.000.000,00 per ogni singolo Assicurato.

Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione RC professionale offerta dalla presente convenzione vale per i danni che avvengono in tutto il mondo escluso USA e Canada

LLOYD'S

LLOYD'S

Che obblighi ho?

- Per aderire alla Polizza, è necessario compilare il questionario previsto dalla convenzione, ove richiesto, che va sottoscritto ed inviato al Broker nei termini indicati. È inoltre necessario pagare il premio, come da istruzioni indicate in fase di adesione.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della compagnia, del diritto di rivalsa;
- In caso di sinistro, l'Assicurato deve essere tempestivo nella segnalazione e dare avviso scritto al Broker, al quale è assegnata la gestione della polizza, entro nove giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

Quando e come devo pagare?

L'importo del premio è definito sulla base del massimale scelto.
Per il pagamento, è necessario seguire le istruzioni indicate dal sito web in fase di adesione: è possibile il pagamento tramite bonifico bancario oppure carta di credito.
Il pagamento deve essere effettuato entro 7 gg dalla data di adesione indicata in polizza.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza se il premio è stato pagato entro 7 gg dalla data indicata in polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio.
I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la Polizza.
La copertura termina alla data di scadenza indicata sul certificato.
E' prevista un'estensione temporale di ciascuna polizza di giorni 60 (sessanta) dopo la naturale scadenza se entro questo periodo aggiuntivo il broker riceve la comunicazione di rinnovo (è sufficiente il pagamento del premio).
Se non viene pagato il premio la polizza si intende automaticamente cessata con effetto alla scadenza naturale.

Come posso disdire la polizza?

– La polizza non prevede il tacito rinnovo, pertanto non è necessaria la disdetta.

LLOYD'S

Assicurazione RC PROFESSIONALE

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia assicurativa: Lloyd's Insurance Company S.A. Intermediario in veste di
Manufacturer de facto: non applicabile
Product: Rc Professionale
Numero di versione di DIP Aggiuntivo Danni: 4
Data di realizzazione del DIP Aggiuntivo Danni: 30/03/2022
Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

Lloyd's Insurance Company S.A. è una società belga a responsabilità limitata avente sede a Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio. E' soggetta alla vigilanza della Banca Nazionale del Belgio dalla quale ha ricevuto autorizzazione all'esercizio Nr. 3094.
Sito web: www.lloydseurope.com
E-mail: lloydseurope.info@lloyds.com
Telefono: +32 (0)2 227 39 39

Lloyd's Insurance Company S.A. è autorizzata ad operare in Italia sottoscrivendo rischi in regime di Stabilimento (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. I.00151) ed in Libera Prestazione di Servizi (numero d'iscrizione all'Elenco IVASS n. II.01526). La sede legale della Lloyd's Insurance Company S.A. in Italia, con cui sarà concluso il contratto, è Corso Garibaldi 86, Milano 20121.
Sito web: www.lloyds.com/it-it/lloyds-around-the-world/home
E-mail: informazioni@lloyds.com

Alla fine del 2020, il capitale sociale ordinario di Lloyd's Insurance Company S.A. è di EUR 553 milioni. Inoltre, attraverso il rilascio di una lettera di credito sono stati resi disponibili ulteriori fondi propri per 200 milioni di EUR. Il requisito patrimoniale di solvibilità della società (SCR) è pari a EUR 414 milioni e l'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR è pari a EUR 246,4 milioni. Il coefficiente di solvibilità della società quindi, inteso come il rapporto tra i fondi propri e l'SCR, è pari al 153%. Il suo requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a EUR 108 milioni e l'ammontare dei fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR è di EUR 425 milioni. La relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria di Lloyd's Insurance Company S.A. per l'anno 2020 è disponibile su www.lloydseurope.com/about/lloyds-brussels-hub/.

Al contratto si applica la legge ITALIANA

LLOYD'S

Che cosa è assicurato?

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e/o perdite patrimoniali per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale di:

- **Infermiere**, infermiere pediatrico, anche nell'ambito dell'attività di Emergenza 118, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.
- **Operatore socio sanitario** qualificato secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 22/02/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.

La copertura assicurativa per danni patrimoniali è prestata con il sottolimite di cui all'articolo 24 della presente polizza per la responsabilità derivante all'Assicurato per danni patrimoniali cagionati a terzi nell'esercizio dell'incarico, funzione e/o carica ricoperta presso ospedali pubblici o cliniche private in qualità di infermiere o di infermiere pediatrico, fatte salve le precisazioni e/o esclusioni/ limitazioni di cui all'art 18 lett s)

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento notificata durante la vigenza di questo contratto sia connessa all'attività professionale esercitata dall'Assicurato nel contesto di una struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria competente passata in giudicato.

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento notificata durante la vigenza di questo contratto sia connessa all'attività professionale esercitata dall'Assicurato nel contesto di una struttura privata, secondo quanto previsto dalla legge 24/2017 e smi– Gelli Bianco, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria competente passata in giudicato.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

È possibile selezionare tra 2 opzioni di copertura:
Opzione 1: Massimale € 2.000.000 per sinistro, per assicurato e per anno;
Opzione 2: Massimale € 5.000.000 per sinistro, per assicurato e per anno;

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO
Non applicabile.

Indicare l'opzione	Non applicabile

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO
Non applicabile

Indicare l'opzione	
Postuma	Postuma 10 anni in caso di cessazione attività: costo: 1 annualità di premio; 10 anni in caso di decesso dell'Assicurato, senza premio aggiuntivo.

LLOYD'S

Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	L'Assicurazione non comprende i danni: a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili; b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore; c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori; d) alle cose trasportate sui mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni; e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimenti di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento; f) direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di legge; g) i danni da attività di sperimentazione clinica; h) i danni da attività di ricerca; i) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge; j) da furto; k) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute; l) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività; m) a cose di terzi che l'assicurato abbia in consegna e/o custodia o detenga a qualsiasi titolo. La presente esclusione non si applica a beni dei pazienti consegnati o detenuti in situazioni di emergenza, fermo il sottolimite pari a €2.500,00 di cui all'art 24; n) derivanti dalla proprietà di fabbricati e loro impianti fissi; o) derivanti da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi. p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.); q) E' esclusa e non coperta dall'oggetto della presente polizza qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico; r) premesso che questa è un'assicurazione prestata nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella scheda di polizza, sono escluse le richieste di risarcimento, come precedentemente definite: · che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione; · 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; · connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività convenuta; · sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento attribuibili ad azioni commesse dall'assicurato con dolo; s) relativamente alle Perdite Patrimoniali sono escluse quelle che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni diverse da quelle dell'attività infermieristica svolta presso ospedali pubblici o cliniche private in qualità di infermiere o di infermiere pediatrico. Solo a titolo esemplificativo (e non esaustivo) sono escluse le perdite patrimoniali derivanti da funzioni amministrative svolte presso organi, enti e/o associazioni che non siano enti ospedalieri o cliniche private.

Ci sono limiti di copertura?

- SANZIONI: Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun (ri)assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'(ri)assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.
- TERZI: Non sono considerati terzi ai fini dell'Assicurazione R.C.T.:

1. il coniuge, il convivente, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
2. personale dipendente soggetto all'assicurazione INAIL.

Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'Assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.

- E' previsto un sottolimite di massimale per le perdite patrimoniali pari a 500.000 Euro.
- Con riferimento ai beni consegnati o detenuti in situazioni di emergenza viene applicato un sottolimite pari a €2.500,00.
- MASSIMALE AGGREGATO: In caso di corresponsabilità tra più Assicurati con la presente convenzione nel medesimo Sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di Euro 20.000.000.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** Denuncia di sinistro: In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza entro 9 (nove) giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 c.c.). Devono inoltre far seguito nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del fatto dannoso di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro e successivamente a lui pervenuti unitamente a fornire il nominativo della struttura presso la quale svolgeva la propria attività al momento dell'accadimento. Se l'Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia di sinistro, l'invio di documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, la Società ha diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto. L'Assicurato si impegna ad inviare alla Società e/o al Broker eventuali dati personali di terzi in conformità alla normativa di cui al trattamento dei dati personali (ex Art.13 del Regolamento UE 2016/679_"GDPR" e smi)
	Assistenza diretta / in convenzione: La polizza non prevede prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: La polizza non prevede la gestione dei sinistri da parte di altre imprese.
	Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art. 2952 codice civile
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).
Obblighi dell'impresa	La polizza non prevede un termine entro il quale l'impresa si impegna ad effettuare il risarcimento.

LLOYD'S

Quando e come devo pagare?	
Premio	La polizza RC Professionale prevede il pagamento del premio in base al massimale prescelto. Il premio previsto è di: € 45,50 per il massimale 2.000.000 € oppure di € 67,50 per il massimale 5.000.000 € Il premio è annuale. Il pagamento del premio avviene tramite: - Bonifico bancario - Carta di Credito
Rimborso	Il consumatore dispone di un termine di 14 (quattordici) giorni per recedere dal contratto

A chi è rivolto questo prodotto?
La polizza RC Professionale si rivolge alla categoria degli Infermieri, Infermieri pediatrici e Operatori Socio Sanitari.

Quali costi devo sostenere?
Il premio pagato dal Contraente è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari, fino ad un massimo del 30% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati per iscritto a: Servizio Reclami Lloyd's Insurance Company S.A. Corso Garibaldi 86 - 20121 Milano Fax: +39 02 6378 8857 E-mail: lloydseurope.servizioreclami@lloyds.com o lloydseurope.servizioreclami@pec.lloyds.com Conferma di ricezione verrà fornita per iscritto tempestivamente. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 (quarantacinque) giorni di calendario dalla presentazione del reclamo

All'IVASS	In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dalla presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti: IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel..: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax : +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	Non applicabile

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

LLOYD'S

GLOSSARIO (*)

Aggravamento del rischio: La variazione delle caratteristiche iniziali del rischio che aumentano la probabilità del verificarsi del danno.

Assicurato: Il soggetto, persona fisica o giuridica, che beneficia della Copertura Assicurativa.

Assicuratore: La società che ha accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione e, in caso di coassicurazione, le imprese di assicurazione menzionate nel Contratto di Assicurazione.

Broker: Il soggetto professionale specificamente designato quale mandatario incaricato dall'Assicurato per la gestione ed esecuzione della Polizza, espressamente riconosciuto dalle Parti.

Codice Civile: Il Regio Decreto 16 marzo 1942 N. 262 e successive modifiche.

Condizioni Generali di Contratto: Le clausole e le condizioni di Contratto relative al Contratto nel suo complesso e alle singole sezioni.

Consumatore: è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta;

Contraente: Il soggetto che stipula il Contratto d'Assicurazione ed il cui interesse può essere protetto dall'Assicurazione;

Contratto: Il Contratto di assicurazione concretamente concluso tra l'Assicurato e l'Impresa.

Copertura Assicurativa: La specifica protezione offerta dall'Impresa sulla base delle specifiche sezioni di Polizza attivate a seguito della stipulazione del Contratto.

Cose: Gli oggetti materiali e gli animali.

Diminuzione del rischio: La variazione delle caratteristiche iniziali del rischio che diminuiscono la probabilità del verificarsi del danno.

Impresa: L'Assicuratore

Massimale: Il limite massimo di danno indennizzabile ai sensi della Polizza.

Parti: L'Impresa ed eventuali coassicuratori.

Polizza: Il documento che prova la stipulazione del Contratto di assicurazione.

Premio: Ogni somma dovuta dall'Assicurato all'Impresa.

Richiesta di risarcimento:
- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo;
- ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo;
- le comunicazioni ex art. 13 L.24 del 08/03/2017 e successive modifiche.

Rischio: La probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scheda di Polizza: il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'Assicurato, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, la società che ha accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione;

Scoperto/Franchigia:	La parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, e in eccesso al quale viene applicato il massimale/limiti di indennizzo e/o gli eventuali sottolimiti.
Sinistro:	la richiesta di risarcimento come sopra definita.
Variazione del rischio:	Ogni caso di Aggravamento e/o Diminuzione del rischio assicurato.

PRECISAZIONE

*Si precisa che le Condizioni di Assicurazione di questo specifico contratto riportate alla **sezione b** della presente Nota prevedono una sezione dedicata alle **Definizioni** del contratto Assicurativo e che tali definizioni vanno ad integrare e/o emendare le voci riportate in questo Glossario.*

B. *COPIA INTEGRALE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE*

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per Infermieri, Infermieri Pediatrici e Operatori Socio Sanitari

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicuratore: Lloyd's Insurance Company S.A

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Broker/Intermediario: Willis Italia S.p.A.

Certificato di Assicurazione: il singolo documento che prova il contratto di Assicurazione.

Contraente/Assicurato: L' esercente l'attività di infermiere, infermiere pediatrico o di Operatore Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla normativa vigente;

Coverholder: Willis Italia S.p.A.

Accordo: il contratto di delega stipulato tra il Coverholder e l'Assicuratore.

Cose: sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Data di pagamento del premio: la data di "valuta beneficiario" se il pagamento è effettuato a mezzo bonifico bancario o la "data operazione" se il pagamento è effettuato a mezzo carta di credito

Franchigia: parte del danno risarcibile espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Massimale: massimo esborso della Società per ciascun periodo assicurativo annuo e per ciascun Assicurato indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate da ogni Assicurato nello stesso periodo.

Modulo di Adesione: il documento con cui ciascun Assicurando richiede l'inserimento nella garanzia assicurativa della presente polizza e che costituisce proposta irrevocabile ai sensi dell'Art. 1329 c.c..

Perdite Patrimoniali: il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.

Polizza: il documento che contiene le condizioni di Assicurazione.

Premio: la somma dovuta all' Assicuratore.

Richiesta di risarcimento:
- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo;
- ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo.
- le comunicazioni ex art. 13 L.24 del08/03/2017 e successive modifiche.

Sinistro: la richiesta di risarcimento come sopra definita.

Attacco Informatico: Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi minaccia o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Incidente informatico: Qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.

Sistema informatico: Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Pagamento del premio

1.1. Polizze nuove – prime adesioni

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 7 gg dalla data indicata in polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio. I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la Polizza.

Se i premi o le rate di premio successive non sono pagate in conformità a quanto previsto, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 della data di pagamento del premio, ferme le successive scadenze (art.1901 c.c.).

1.2 Rinnovi

La garanzia è prestata senza tacito rinnovo, salvo quanto previsto al successivo Art. 10

Il certificato di assicurazione relativo alle annualità successive alla prima viene emesso in regime di continuità assicurativa rispetto alle annualità precedenti.

Art. 2 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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 all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

Art. 4 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, per il tramite del Broker al quale è assegnata la Polizza.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (art. 1898 c.c.).

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 c.c.) e rinuncia al relativo diritto di recesso**.**

Art. 6 – Altre assicurazioni

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Quanto sopra costituisce l'assolvimento dell'obbligo di comunicazione alla Società dell'esistenza di altre assicurazioni di cui all'art. 1910 del Codice civile.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza entro nove giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

Devono inoltre far seguito nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del fatto dannoso di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro e successivamente a lui pervenuti unitamente a fornire il nominativo della struttura presso la quale svolgeva la propria attività al momento dell'accadimento.

Se l'Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia di sinistro, l'invio di documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, la Società ha diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto.

L'Assicurato si impegna ad inviare alla Società e/o al Broker eventuali dati personali di terzi in conformità alla normativa di cui al trattamento dei dati personali (ex Art.13 del Regolamento UE 2016/679_"GDPR" e smi)

Art. 8 - Documenti da allegare alla denuncia di sinistro

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 7 – "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" che precede, si precisa che in caso di sinistro, l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia di sinistro:

- copia della documentazione attestante il versamento del premio per l'annualità in corso;
- copia della documentazione attestante il versamento del premio, o copia del certificato di assicurazione, per l'annualità utile a garantire i termini di retroattività necessari alla copertura del sinistro;
- copia della polizza debitamente sottoscritta.

Tali documenti saranno ritenuti sufficienti per dimostrare la copertura assicurativa.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato, la Società e l'Assicurato hanno la facoltà di disdettare, a far data dalla prima scadenza annuale successiva, la copertura assicurativa del singolo Assicurato che ha presentato la denuncia con un preavviso minimo di 60 giorni.

Art. 10 - Proroga della Assicurazione

Le parti concordano un'estensione temporale di ciascuna polizza di giorni 60 (sessanta) dopo la naturale scadenza. Se entro questo periodo aggiuntivo l'assicuratore o il broker non ricevono la comunicazione di rinnovo (è sufficiente il pagamento del premio) la polizza si intende automaticamente cessata con effetto alla scadenza naturale. I sinistri notificati in questo periodo aggiuntivo sono coperti se la polizza viene rinnovata per un'ulteriore annualità e corrisposto il relativo premio durante il periodo di estensione sopra menzionato, ovvero entro 60 giorni dalla scadenza precedente ed in tal caso ricadranno nella nuova annualità di polizza.

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 13 - Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede il Broker a cui è assegnata la polizza.

Art. 14 – Clausola di continuità

La presente polizza sostituisce con continuità temporale le precedenti polizze Lloyd's Insurance Company SA con Coverholder Willis Italia Spa e con Coverholder Willis General Agency e a contraenza Willis Italia Spa.
Tutti gli Assicurati, già coperti con le convenzioni precedenti B169833207P23 che rinnoveranno la loro adesione entro 60 giorni dalla scadenza anniversaria della copertura precedente pagando il premio di rinnovo, entreranno in copertura con effetto pari alla data di scadenza della copertura precedente senza soluzione di continuità.

A tale fine farà fede la data di pagamento del premio.
Gli Assicurati che provvederanno ad effettuare il pagamento del premio di rinnovo dopo il sessantesimo giorno dalla scadenza della copertura precedente, saranno garantiti esclusivamente dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio.

Gli Assicurati già in garanzia che rinnoveranno, mantenendo le stesse condizioni di copertura e la stessa attività, non dovranno ricompilare il modulo adesione ma farà fede quello compilato in precedenza.

In caso di cambiamenti (ad esempio del massimale, dell'incarico, della struttura di appartenenza ecc…), l'assicurato dovrà ricompilare e sottoscrivere il modulo adesione.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 15 - Oggetto dell'Assicurazione

Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e/o perdite patrimoniali per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale di:

- **Infermiere,** Infermiere pediatrico, anche nell'ambito dell'attività di Emergenza 118, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.
- **Operatore socio-sanitario** qualificato secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 22/02/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.

La copertura assicurativa per danni patrimoniali è prestata con il sottolimite di cui all'articolo 24 della presente polizza per la responsabilità derivante all'Assicurato per danni patrimoniali cagionati a terzi nell'esercizio dell'incarico, funzione e/o carica ricoperta presso ospedali pubblici o cliniche private in qualità di infermiere o di infermiere pediatrico, fatte salve le precisazioni e/o esclusioni/ limitazioni di cui all'art 18 lett. s)

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento notificata durante la vigenza di questo contratto sia connessa all'attività professionale esercitata dall'Assicurato nel contesto di una struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria competente passata in giudicato.

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento notificata durante la vigenza di questo contratto sia connessa all'attività professionale esercitata dall'Assicurato nel contesto di una struttura privata, secondo quanto previsto dalla legge 24/2017 e smi – Gelli Bianco, la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria competente passata in giudicato.

L'Assicurazione vale per la sola quota di responsabilità diretta dell'Assicurato con esclusione di ogni responsabilità derivategli in via solidale.

Art. 16 - Estensione territoriale

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. 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, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 17 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'Assicurazione R.C.T.:

il coniuge, il convivente, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui

convivente;
personale dipendente soggetto all'assicurazione INAIL.

Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'Assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.

Art. 18 - Danni esclusi dalla Assicurazione

L'Assicurazione non comprende i danni:

a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;

b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;

c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;

d) alle cose trasportate sui mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;

e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimenti di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;

f) direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di legge;

g) i danni da attività di sperimentazione clinica;

h) i danni da attività di ricerca;

i) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato ed agli stessi non imputabili ai sensi di legge;

j) da furto;

k) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;

l) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;

m) a cose di terzi che l'assicurato abbia in consegna e/o custodia o detenga a qualsiasi titolo. La presente esclusione non si applica a beni dei pazienti consegnati o detenuti in situazioni di emergenza, fermo il sottolimite pari a €2.500,00 di cui all'art 24;

n) derivanti dalla proprietà di fabbricati e loro impianti fissi;

o) derivanti da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);

q) E' esclusa e non coperta dall'oggetto della presente polizza qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico.

r) premesso che questa è un'assicurazione prestata nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella scheda di polizza, sono escluse le richieste di risarcimento, come precedentemente definite:

- **che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione;**
- **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;

- **connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività convenuta;**
- **sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento attribuibili ad azioni commesse dall'assicurato con dolo;**

s) **relativamente alle Perdite Patrimoniali sono escluse quelle che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni diverse da quelle dell'attività infermieristica svolta presso ospedali pubblici o cliniche private in qualità di infermiere o di infermiere pediatrico. Solo a titolo esemplificativo (e non esaustivo) sono escluse le perdite patrimoniali derivanti da funzioni amministrative svolte presso organi, enti e/o associazioni che non siano enti ospedalieri o cliniche private.**

Art. 19 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali

La Società assume fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale, amministrativa, designando, ove occorra, legali o tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

Sono a carico della Società le spese legali sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma **entro il limite del 25% del Massimale medesimo**.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

In particolare, con riferimento alle spese legali e peritali dei procedimenti penali, è condizione preliminare ed essenziale per l'operatività della polizza che l'assicurato abbia stipulato, e sia quindi operante a primo rischio rispetto a questa polizza una specifica polizza per la tutela legale penale. Non è possibile aderire a questa convenzione senza aver richiesto l'adesione alla convenzione tutela legale.

Resta inteso che nel caso ci siano altre assicurazioni per il medesimo rischio e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, anche precedentemente stipulate con contratto individuale o collettivo dal singolo assicurato e queste siano operanti "a secondo rischio", si applicheranno in ogni caso i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso, operando anche questa assicurazione, nel caso di specie, "a secondo rischio".

CONDIZIONI PARTICOLARI ad integrazione delle precedenti norme e prevalenti in caso di discordanza

Art. 20 - Contraente ed Assicurati

Assicurati sono i singoli infermieri, infermieri pediatrici, operatori socio-sanitari che hanno aderito alla presente convenzione pagando il relativo premio, esercenti l'attività secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

I premi assicurativi restano a carico degli Assicurati ai quali si intendono pure trasferiti i diritti e gli oneri della polizza, in base alla Condizioni di Assicurazione, per quanto concerne il singolo rapporto assicurativo.

Art. 21 - Gestione del contratto

La gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, è affidata a Willis Italia SpA e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti da Willis Italia SpA che tratterà con l'Assicuratore per il tramite del Coverholder. Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e sue integrazioni e modificazioni, tutti i rapporti con gli assicurati, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite di Willis Italia SpA; l'Assicuratore dà atto che il pagamento dei premi a Willis Italia SpA è liberatorio per i singoli Assicurati.

Tutte le comunicazioni riguardanti la gestione del contratto saranno effettuate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta e saranno valide anche se fatte a/da Willis Italia SpA, che viene quindi riconosciuta da Assicuratore, Coverholder e Assicurato quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto degli stessi (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Willis Italia SpA si impegna a notificare tempestivamente tutte le denunce di sinistro e di circostanza all' Assicuratore e comunque entro 15 giorni da quando ne abbia avuto a sua volta comunicazione da parte dell'Assicurato.

Art. 22 - Validità della garanzia (claims made)

L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, purché conseguenti ad un comportamento professionale colposo. La retroattività è illimitata dalla data di effetto della copertura assicurativa.

Tutti gli assicurati godono di retroattività illimitata dalla data di effetto della copertura assicurativa.

Per "richiesta di risarcimento" si intende:

- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo;

- ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo;

- le comunicazioni ex art. 13 L.24 del08/03/2017 e smi

L'Assicurato dichiara inoltre, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti noti al momento della stipula, che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia.

Art. 23 - Garanzia postuma

Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale con esclusione della sospensione per qualunque motivo o radiazione dall'albo professionale o licenziamento per giusta causa,

l'Assicurato avrà diritto, entro il termine di richiesta di 60 giorni e, dietro pagamento di un premio una tantum pari a 1 (una) annualità, alla proroga della polizza per ulteriori 10 (dieci) anni. Nel solo caso di decesso dell'Assicurato la postuma pari a 10 (dieci) anni sarà a titolo gratuito.

La garanzia assicurativa verrà dunque estesa a tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività e riferite a fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza. Gli effetti dell'ultrattività sono estesi agli eredi i quali possono anche acquistarla negli stessi modi dell'assicurato.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà comunque superare il massimale annuo stabilito in polizza.

Art. 24 - Limite di indennizzo

L'Assicurazione è prestata fino a concorrenza di un massimale pari alternativamente ad Euro 2.000.000,00 o ad Euro 5.000.000,00 per ogni singolo Assicurato in base al premio corrisposto e per ciascun periodo assicurativo annuo o minor periodo compreso tra la data di inserimento nella garanzia e quella di scadenza annuale della polizza, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato medesimo nello stesso periodo di copertura.
Per le Perdite patrimoniali è previsto un sotto limite pari ad Euro 500.000 con le precisazioni di cui all'art 18 Lett. s)

Con riferimento ai beni consegnati o detenuti in situazioni di emergenza viene applicato un sottolimite pari a Euro 2.500,00.

Si precisa che nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati con la presente convenzione nel medesimo Sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di Euro 20.000.000.

Art. 25 - Coesistenza di 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, fermi in ogni caso i massimali previsti dal presente contratto.

Art. 26 - Attività comprese nella garanzia

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante:

- dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato; per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti all'attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X **esclusivamente per scopi diagnostici**;
- da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta. **In questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%**;
- dal fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- dall'applicazione della legge per la privacy 2016/679 e smi (**GDPR**);
- da colpa grave;
- all'Assicurato per i danni agli strumenti e/o apparecchiature di proprietà di terzi, il cui utilizzo viene richiesto dall'attività professionale svolta dall'assicurato.

Art. 27 - Proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale

(Valida solo per l'attività diversa da quella svolta in qualità di dipendente)

La garanzia è valida anche per la proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti **ad eccezione dei danni derivanti da:**

- **lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione, spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture e/o altri impianti;**
- **rigurgiti di fogne;**
- **umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali**
- **amianto/asbesto, silice, o a fibre di ceramica refrattarie.**

Inoltre, in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti l'assicurazione è anche estesa alla responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.).

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e smi e dell'art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38 e smi, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.lgs. ed addetti alle attività per le quali e prestata l'assicurazione;

b) ai sensi del Codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 1124/65 e smi e del D.lgs. 38/2000 e smi, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n1124 e smi.

L'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. La garanzia R.C.O. non vale per le malattie professionali.

La garanzia prestata ai sensi del presente articolo è soggetta ad un sottolimite di Euro 500.000,00 per sinistro e per anno e si applicherà una Franchigia di Euro 2.500,00 per sinistro.

Art. 28 – Sanzioni

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

Art. 29 - Reclami

Eventuali reclami dovranno essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Ufficio Reclami
Lloyd's Insurance Company SA
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Fax n. 02 63788857
E-mail lloydsbrusseles.servizioreclami@lloyds.com oppure
lloydsbrusseles.servizioreclami@pec.lloyds.com

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Un riscontro scritto verrà fornito al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il riscontro sia considerato insoddisfacente o in caso di mancato o tardivo riscontro, è fatto diritto al reclamante di coinvolgere l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21
00187 Roma, Italia
Telefono: 800 48 6661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 o +39 06 42133 353
e-mail: ivass@pec.ivass.it

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:

www.ivass.it.

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

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

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli: Art. 1: Pagamento del premio; Art. 6: Altre assicurazioni; Art. 7: Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8: Documenti da allegare alla denuncia di sinistro; Art. 9: Recesso in caso di sinistro; Art. 10: Proroga dell'Assicurazione; Art. 11: Oneri fiscali; Art. 13: Foro competente; Art. 14: Clausola di continuità; Art. 15: Oggetto dell'assicurazione; Art. 16: Estensione territoriale; Art. 17: Persone non considerate terzi; Art. 18: Danni esclusi dalla Assicurazione; Art. 19: Gestione delle vertenze di danno – Spese legali; Art. 21: Gestione del contratto - Clausola broker; Art. 22: Validità della garanzia (claims made); Art. 24: Limite di indennizzo; Art. 25: Coesistenza di altre assicurazioni

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A*

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per infermieri, Infermieri pediatrici e Operatori Socio Sanitari - Convenzione Willis Italia SpA

MODULO DI ADESIONE ad uso proposta irrevocabile di contratto ex. art.1329 C.C.

COGNOME				NOME			
INDIRIZZO							
CAP		CITTÀ				PROV.	
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA			PROVINCIA DINASCITA		
TELEFONO		INDIRIZZO E- MAIL			SESSO	M F	
OPI		NUMERO ISCRIZIONE		CODICE FISCALE			
ADESIONE RICHIESTA DALLE ORE 24 DEL		SCADENZA COPERTURA ALLE ORE 24 DEL					

MASSIMALE RICHIESTO PER SINISTRO/ANNO	**€ 2.000.0000,00**	**€ 5.000.000,00**

ATTIVITÀ SVOLTA: INFERMIERE OPERATORE SOCIO SANITARIO	SETTORE DI OCCUPAZIONE PUBBLICO PRIVATO LIBERO PROFESSIONISTA
ATTIVITÀ SVOLTA PRESSO LA STRUTTURA:	

DECORRENZA: **Per le nuove adesioni:** la copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato sul modulo di adesione se il premio è stato pagato entro 7 giorni da tale data; diversamente decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, sempreché sia anche stato inviato il presente "Modulo di Adesione", compilato e sottoscritto, seguendo le indicazioni ricevute da Willis Italia SpA. **Per i già assicurati** con la precedente convenzione Lloyd's Insurance company SA la presente polizza garantisce continuità assicurativa secondo le regole esposte all' art. 14 – Clausola di Continuità.

DURATA/SCADENZA: la durata di ciascuna garanzia è pari a 1 (un) anno dalla data di decorrenza richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio. Non è previsto il tacito rinnovo, salvo quanto previsto all'Art. 10 delle condizioni di polizza.

Nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati nel medesimo Sinistro**, la massima esposizione** dell'Assicuratore sarà **pari ad Euro 20.000.000**

Premio annuo lordo

47,50 Euro - per il massimale di € 2.000.000,00 e 67,50 Euro- per il massimale di € 5.000.000,00

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto da Willis Italia SpA preventivamente alla sottoscrizione del presente Modulo, copia delle relative Condizioni di Assicurazione e della Nota Informativa della polizza RCT.

L'Assicurato✍_____

Con la firma del presente "Modulo di Adesione" che costituisce proposta irrevocabile di contratto ex art. 1329 c.c., **l'Assicurato dichiara** di esercitare la professione di Infermiere, Infermiere pediatrico o Operatore Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e conferma il carattere impegnativo della Sua adesione alla polizza stipulata tra Willis Italia SpA. e *l'Assicuratore*, che l'Assicurato dichiara di aver ricevuto e letto e che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente. **L'Assicurato dichiara inoltre**, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., **di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti noti al momento della stipula, che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia**.

L'Assicurato✍_____

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli della Polizza : Art. 1: Pagamento del premio; Art. 6: Altre assicurazioni; Art. 7: Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8: Documenti da allegare alla denuncia di sinistro; Art. 9: Recesso in caso di sinistro; Art. 10: Proroga dell'Assicurazione; Art. 11: Oneri fiscali; Art. 13: Foro competente; Art. 14: Clausola di continuità; Art. 15: Oggetto dell'assicurazione; Art. 16: Estensione territoriale; Art. 17: Persone non considerate terzi; Art. 18: Danni esclusi dalla Assicurazione; Art. 19: Gestione delle vertenze di danno – Spese legali; Art. 21: Gestione del contratto - Clausola broker; Art. 22: Validità della garanzia (claims made); Art. 24: Limite di indennizzo; Art. 25: Coesistenza di altre assicurazioni.

L'Assicurato✍ _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI E SENSIBILI

Il sottoscritto Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicato la informativa per la privacy GDPR 2016/679.

L'Assicurato✍ _____

FACSIMILE

*** Società controllata dai Lloyd's e autorizzata dalla National Bank of Belgium.**