
Lloyd's Insurance Company S.A. Certificato

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

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

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

Numero di contratto: DV250000FIA-LB

Tipo di contratto: RC COLPA GRAVE

Nome del prodotto: RC COLPA GRAVE

Versione del testo della polizza: 1_24C

Indice

Scheda	3
--------------	---

Condizioni di assicurazione	6
-----------------------------------	---

Termini e condizioni generali del Contratto

- Dichiarazione precontrattuale	28
---------------------------------------	----

- Clausola di mancato pagamento del premio	28
--	----

- Informativa sulla Privacy	29
-----------------------------------	----

- Reclami	31
-----------------	----

SCHEDA

Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86, 20121 Milano
Registrazione presso la Camera di Commercio: MI-2540259
Codice fiscale e P. IVA: 10548370963
E-mail: informazioni@lloyds.com Telefono: +39 02 6378 881

LLOYD'S

Codice ramo	Corrispondente	Lloyd's Broker	UMR
4	113748 MTE	AON 1526	B1526CBSPS2400018 CBSPS2400018 25 nov 2024 / 21
Numero del certificato DV250000FIA-LB			

Nome commerciale del prodotto assicurativo:	RC COLPA GRAVE
---	----------------

Nome del Contraente:	F.I.A.L.S.
Indirizzo, codice postale e città:	Largo Angioli, 12 72100 Brindisi - BR (Italia)
P. IVA:	91003540746
Codice fiscale:	91003540746
Assicurato:	Vedere Scheda di Copertura

Periodo assicurativo, tacito rinnovo escluso Dalle 24:00 del 17/03/2025 alle 24:00 del 31/12/2025 (UTC +1 Amsterdam, Berlino, Roma, Stoccolma, Vienna) -
--

Oggetto o rischio assicurato:	Vedere Testo di Polizza – Art. 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Massimo indennizzo o somma assicurata:	Vedere Scheda di Copertura
Franchigia o copertura aggiuntiva o quota di scoperto:	Vedere Scheda di Copertura
Sezioni del testo della polizza applicabili al presente contratto di assicurazione:	Vedere Testo di Polizza

Premio: EURO

Codice del rischio	Premio netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Premio lordo
4,205 RC Diversi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
TOTALE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Data della rata	Premio netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Premio lordo
17/03/2025	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-

Ripartizione premio: Soluzione unica

Il premio deve essere pagato al Coverholder di seguito specificato, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è concordato con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente.

Coverholder:

Denominazione legale:	One Underwriting S.r.l.
Indirizzo, codice postale e città:	Via Calindri, 6 - 20143 Milano MI
Numero di telefono:	02-45434617
Indirizzo e-mail:	binder.office@oneunderwriting.it
Numero di registrazione IVASS	RUI Sezione A 000485912

Contatti:

Se si desidera denunciare un sinistro ai sensi del presente contratto, si prega di contattare:	Vedere Testo di Polizza - Art. 17 OBBLIGHI DELL'ADERENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
In caso di domande di altra natura relative al presente contratto, rivolgersi invece a:	Vedere Testo di Polizza - Art. 21 CLAUSOLA BROKER

Data

18 marzo 2025

Il presente certificato è valido unicamente se reca la firma del Rappresentante per l'Italia di Lloyd's Insurance Company S.A o di un Procuratore di quest'ultima.

Firma del Contraente**Data****Firmato da**

Quietanza del premio

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

Data**Firmato da**

SCHEDA DI COPERTURA

1	<u>Contraente:</u> F.I.A.L.S. - C.F./P.I. 91003540746 Largo Angioli, 12 – 72100 Brindisi (BR)																																										
2	<u>Assicurato:</u> Iscritto a F.I.A.L.S. ed esercente la professione sanitaria, che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Proposta e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria di Appartenenza, incluso lo Specializzando.																																										
3	<u>Periodo di Durata della Convenzione:</u> dalle 24.00 ore del 17/03/2025 alle 24.00 ore del 31/12/2025																																										
4	<u>Massimali opzionabili per ciascun Sinistro e premio annuo lordo:</u> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ASSICURATO</th> <th>€ 5.000.000</th> <th>€ 2.500.000</th> <th>€ 1.000.000</th> <th>€ 500.000</th> <th>€ 300.000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dirigente Medico del Sistema Sanitario Nazionale /Dirigente Medico dipendente di Struttura privata</td> <td>€ 447,00</td> <td>€ 378,00</td> <td>€ 357,00</td> <td>€ 310,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Direttore Medico di struttura complessa e Medico Primario</td> <td>€ 473,00</td> <td>€ 405,00</td> <td>€ 378,00</td> <td>€ 330,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Medico Contrattista/ Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale</td> <td>€ 383,00</td> <td>€ 325,00</td> <td>€ 290,00</td> <td>€ 252,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dirigente Sanitario non Medico /Specializzando/ Personale Universitario Convenzionato</td> <td>€ 258,00</td> <td>€ 220,00</td> <td>€ 205,00</td> <td>€ 180,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Direttore Sanitario / Direttore Socio Sanitario</td> <td>€ 640,00</td> <td>€ 546,00</td> <td>€ 488,00</td> <td>€ 425,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Professionisti Sanitari Non Medici</td> <td></td> <td></td> <td>€ 70,00</td> <td>€ 61,81</td> <td>€ 57,27</td> </tr> </tbody> </table> Per tutte le adesioni successive al 31 Marzo il premio è pari al 75% del premio annuo lordo, per tutte le adesioni successive al 30 Giugno il premio è pari al 50% del premio annuo lordo e per tutte le adesioni successive al 30 Settembre il premio è pari al 25% del premio annuo lordo	ASSICURATO	€ 5.000.000	€ 2.500.000	€ 1.000.000	€ 500.000	€ 300.000	Dirigente Medico del Sistema Sanitario Nazionale /Dirigente Medico dipendente di Struttura privata	€ 447,00	€ 378,00	€ 357,00	€ 310,00		Direttore Medico di struttura complessa e Medico Primario	€ 473,00	€ 405,00	€ 378,00	€ 330,00		Medico Contrattista/ Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale	€ 383,00	€ 325,00	€ 290,00	€ 252,00		Dirigente Sanitario non Medico /Specializzando/ Personale Universitario Convenzionato	€ 258,00	€ 220,00	€ 205,00	€ 180,00		Direttore Sanitario / Direttore Socio Sanitario	€ 640,00	€ 546,00	€ 488,00	€ 425,00		Professionisti Sanitari Non Medici			€ 70,00	€ 61,81	€ 57,27
ASSICURATO	€ 5.000.000	€ 2.500.000	€ 1.000.000	€ 500.000	€ 300.000																																						
Dirigente Medico del Sistema Sanitario Nazionale /Dirigente Medico dipendente di Struttura privata	€ 447,00	€ 378,00	€ 357,00	€ 310,00																																							
Direttore Medico di struttura complessa e Medico Primario	€ 473,00	€ 405,00	€ 378,00	€ 330,00																																							
Medico Contrattista/ Convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale	€ 383,00	€ 325,00	€ 290,00	€ 252,00																																							
Dirigente Sanitario non Medico /Specializzando/ Personale Universitario Convenzionato	€ 258,00	€ 220,00	€ 205,00	€ 180,00																																							
Direttore Sanitario / Direttore Socio Sanitario	€ 640,00	€ 546,00	€ 488,00	€ 425,00																																							
Professionisti Sanitari Non Medici			€ 70,00	€ 61,81	€ 57,27																																						
5	<u>Franchigia per Sinistro:</u> Nessuna																																										
6	<u>Periodo di retroattività:</u> 10 anni Opzionabile retroattività illimitata (Operante solo se richiamata nel Certificato di Assicurazione e se è stato corrisposto il relativo premio)																																										
7	<u>Clausola Broker:</u> Broker: AON Spa																																										

Estensioni di Assicurazione

Appendice A - Estensione Continuità Copertura (Operante solo se richiamata nel Certificato di Assicurazione)

Data

Contraente

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

L'ASSICURAZIONE E' PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE»
Si vedano gli articoli 4, 7, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

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

1.1 di esercitare una delle professioni sanitarie indicate nel Modulo di Adesione con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti **o in alternativa di esercitare presso una Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria Pubblica una delle attività indicate nel Modulo di Adesione.**

1.2 di esercitare la predetta attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria

1.3 di non essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Aderente/Assicurato stesso, con riferimento a Comportamenti Colposi posti in essere anteriormente al Periodo di Assicurazione oppure di essere a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze così come indicato nel Modulo di Adesione.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

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

Con riferimento a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze si precisa che saranno prese in considerazione ai sensi del presente articolo esclusivamente quelli di cui alla relativa Definizione contenuta nell'Articolo 3 che segue.

Articolo 3 DEFINIZIONI

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

Assicuratori Lloyd's Insurance Company S.A.

Aderente/Assicurato L'esercente la professione sanitaria che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Adesione, e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o a qualunque titolo, presso una Struttura Sanitaria o

Socio- Sanitaria, incluso lo specializzando. Il Personale non esercente una professione sanitaria che svolga una delle attività indicate nel Modulo di Adesione presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica, anche se svolta in sostituzione, distacco, comando e aspettativa.

Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza/Convenzione agli Assicurati.
Attività Professionale	L'attività medico-sanitaria svolta dall'Aderente/Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e/o l'attività del Personale di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica che non sia esercente una professione sanitaria.
Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza/Convenzione, indicato nella Scheda di Copertura.
Certificato di Assicurazione	il documento emesso dagli Assicuratori a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente/Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente/Assicurato, le date di effetto e di scadenza del Periodo di Assicurazione, il massimale ed il premio con le relative imposte governative.
Comportamento Colposo	il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.
Comunicazione Formale	la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Aderente/Assicurato.
Contraente della Polizza/Convenzione	la persona giuridica che contrae la Polizza/Convenzione a favore degli Aderenti/Assicurati.
Fatti e/o Circostanze	quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Aderente/Assicurato: ▪ la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Aderente/Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave. ▪ La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Aderente/Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali; ▪ l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Aderente/Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.

- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Aderente/Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che all'U.R.P. -Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;
- il ricevimento da parte dell'Aderente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.

Danno	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.
Danno Erariale	il Danno pubblico subito dall'Erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza/Convenzione.
Ente Pubblico	Ogni persona giuridica soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti.
Loss Adjuster	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri.
Massimale	la somma massima, indicata nella Certificato di Assicurazione, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare per ogni Aderente/Assicurato ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il

numero delle Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze e delle persone danneggiate.

Modulo di Adesione	il Modulo con il quale il Contraente/Aderente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza/Convenzione riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nella Certificato di Assicurazione, per il quale è stato pagato il Premio. E' parte integrante del Periodo di Assicurazione l'eventuale estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9).
Periodo di Efficacia	il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Certificato di Assicurazione, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione; tale periodo non comprende l'estensione dell'assicurazione in caso di eventuale cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9).
Personale Tecnico	Qualsiasi persona iscritta ad un Albo Professionale, regolarmente abilitata o comunque in regola con le disposizioni di legge per l'affidamento dell'incarico professionale, che ha o abbia avuto un rapporto di impiego, di mandato o di servizio presso un Ente Pubblico e che predispone e sottoscrive il progetto, dirige e/o segue e sorveglia l'esecuzione dei lavori e/o esegue il collaudo statico dell'opera, nonché il Responsabile Unico del Procedimento per la realizzazione di lavori pubblici, il soggetto che svolge attività di supporto al Responsabile Unico del Procedimento per la realizzazione di lavori pubblici e qualsiasi altra persona fisica in rapporto di dipendenza con la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria pubblica che svolge o abbia svolto attività tecniche previste dalla normativa in vigore per conto e nell'interesse della Pubblica Amministrazione.
Polizza/Convenzione	il presente documento che disciplina i rapporti assicurativi tra Assicuratori, Contraente e Aderenti/Assicurati, e che unitamente alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori.
Responsabilità amministrativa	la responsabilità gravante sull'Aderente/Assicurato che per inosservanza degli obblighi o doveri di lavoro o di servizio con la Pubblica Amministrazione abbia arrecato, sia in modo diretto che indiretto, una

Perdita Patrimoniale alla Struttura Sanitaria di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, alla pubblica amministrazione o allo Stato.

Responsabilità amministrativo-contabile	la responsabilità che implica l'esistenza di una gestione di beni, valori o denaro pubblico, da parte di un Aderente/Assicurato, detto "agente contabile", fondata sul mancato adempimento di obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio o di impiego con la Pubblica Amministrazione, che abbia cagionato una Perdita Patrimoniale o un Danno Erariale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.
Richiesta di Risarcimento	Il primo tra: ▪ l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave. ▪ la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Aderente/Assicurato per colpa grave. ▪ L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.
Scheda di Copertura	il documento, che forma parte integrante della Polizza/Convenzione, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente della Polizza/Convenzione, le date di effetto e di scadenza della Polizza/Convenzione.
Sinistro	le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria	Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Aderente/Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.
Terzo	ogni persona diversa dall'Aderente/Assicurato, compresi i pazienti. Non sono considerati terzi: ▪ il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Aderente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive; ▪ i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Sociosanitaria presso la quale l'Aderente/Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Le definizioni di cui sopra sono state redatte in osservanza di quanto previsto all'art.166 codice delle Assicurazione Private ex d.lgs 209/2005.

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

L'Assicurazione è prestata nella forma «claims made», ossia è destinata a tenere indenne l'Aderente/Assicurato in relazione a Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze manifestatisi per la prima volta all'Aderente/Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e dallo stesso denunciati agli Assicuratori nel corso del medesimo periodo, purché siano conseguenza di Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia. Se l'Aderente/Assicurato ha svolto in passato una o più attività previste tra quelle indicate nel Modulo di Adesione, ma diverse da quella che svolge attualmente e che è dichiarata nel Modulo di Adesione, la Retroattività è pienamente efficace anche per dette attività. Con riferimento al solo personale non esercente una professione sanitaria la retroattività è estesa alle attività svolte in passato presso un qualunque ente della Pubblica Amministrazione anche se non previste tra quelle indicate nel Modulo di Adesione.

La data di retroattività corrisponde al giorno indicato nella Certificato di Assicurazione e, ai sensi dell'art. 11 della Legge 8 marzo 2017 n.24, è pari ad almeno 10 anni.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE A - ESERCENTI UNA PROFESSIONE SANITARIA

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Adesione e nel Certificato di Assicurazione, prestano l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbligano a tenere indenne l'Aderente/Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Aderente/Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Aderente/Assicurato in caso di rivalsa di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria anche ai sensi dell'art.9 Legge 24/2017.

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Aderente/Assicurato, indicate nel Modulo di Adesione, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria.

L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.

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

SEZIONE B – PERSONALE NON ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

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

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

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

L'Assicurazione si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Aderente/Assicurato debba rispondere in modo esclusivo, sia per quelli di cui sia solidamente responsabile, limitatamente, in tale ultimo caso, alla quota di sua diretta pertinenza. L'Assicurazione comprende inoltre:

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

ULTERIORI PRECISAZIONI IN MERITO AI RISCHI COPERTI, VALIDI PER ENTRAMBE LE SEZIONI**Attività di rappresentanza, di Membro di commissione e di Commissario di gara (Albo ANAC)**

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

L'Assicurazione vale altresì per all'attività di Membro di commissione / Commissario di gara (Albo ANAC – sez. “c” e “d”), non retribuita dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, presso altri Enti Pubblici, diversi da quello con il quale l'Aderente/Assicurato ha un rapporto di impiego, di mandato o di servizio.

L'estensione di garanzia di cui al presente paragrafo è operante a prescindere:

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

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

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

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

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

Ecologia ed ambiente

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

Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi

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

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

L'Assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale. La prestazione opera con il limite del 50% del massimale di Polizza con il limite di euro 500.000,00.

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

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

Rivalsa presso Magistratura Ordinaria

L'Assicurazione è altresì operante nel caso in cui l'azione di rivalsa esercitata dalla Pubblica Amministrazione, nei confronti del proprio personale non esercente una professione sanitaria che

svolga una delle attività indicate nel Modulo di Adesione, sia promossa innanzi alla magistratura ordinaria, nel solo caso di sentenza definitiva che stabilisca una condanna/soccombenza per colpa grave nei confronti dell'Aderente/Assicurato. Nel caso in cui la sentenza di condanna/soccombenza addebiti all'Aderente/Assicurato una colpa lieve oppure non consenta una gradazione della colpevolezza, la presente garanzia non sarà operante.

La prestazione opera con il Sottolimito del 50% del massimale con il limite di euro 600.000,00.

Responsabilità per Personale Tecnico

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

- a) progettista, direttore dei lavori e collaudatore;
- b) attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore);
- c) verifica e validazione dei progetti così come prevista dal D.lgs. 36/2023;
- d) Responsabile Unico del Procedimento per la realizzazione di lavori pubblici.

La copertura assicurativa comprende anche:

- 1) i danni conseguenti a rovina totale o parziale delle opere in costruzione o sulle quali si eseguono lavori, verificatisi durante l'esecuzione o entro cinque anni della loro ultimazione;
- 2) le spese imputabili all'Aderente/Assicurato per neutralizzare o limitare le conseguenze di un grave difetto che incida sulla stabilità dell'opera, con obbligo da parte dell'Aderente/Assicurato di darne immediato avviso all'Assicuratore. In caso di disaccordo sull'utilità delle spese suddette o sull'entità di esse, le parti si obbligano a conferire ad un collegio di tre periti mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi. Detti periti sono nominati uno da ciascuno delle parti ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Tribunale competente; ciascuna delle parti remunera il perito da essa designato, contribuendo alla metà delle spese e competenze del terzo perito. Le decisioni del collegio peritale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti anche se uno dei periti dissente o si rifiuta di firmare il relativo verbale;
- 3) le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a gravi difetti alle opere riscontrati dopo la ultimazione dei lavori e che rendano l'opera inidonea all'uso al quale è destinata;

Articolo 6

LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione è operante per i Sinistri originati da Comportamenti Colposi posti in essere in qualsiasi paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera, di Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'Assicurazione che i Sinistri siano fatti valere in Italia. Gli Assicuratori, pertanto, non sono obbligati per i Sinistri fatti valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante deliberazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 7

ESCLUSIONI

Premesso che l'Assicurazione è prestata nella forma «*claims made*», sono esclusi:

1. i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Aderente/Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
2. i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nella Certificato di Assicurazione.

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

- a) riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- b) attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Aderente/Assicurato con dolo;
- c) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- d) in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Aderente/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;
- e) fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- f) per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- g) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- h) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- i) derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- j) derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- k) relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- l) relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Aderente/Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Aderente/Assicurato è medico veterinario;
- m) relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- n) 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'Aderente/Assicurato;
- o) conseguenti a non accidentale inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;

- p)** che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- q)** che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Aderente/Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Aderente/Assicurato esercita la professione.
- r)** In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcune richiesta di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituiscano violazione di qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o Sanzioni Economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Articolo 8 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

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

Articolo 9 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il Periodo di Assicurazione, l'Attività Professionale svolta dall'Aderente/Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nella Certificato di Assicurazione, senza nessun Premio aggiuntivo e come previsto dall'art. 11 della Legge 24/2017, per i Sinistri denunciati agli Assicuratori nei 10 (dieci) anni successivi al termine del Periodo di Assicurazione nel quale è avvenuta la cessazione dell'attività professionale, purché afferenti a Comportamenti Colposi posti in essere durante il Periodo di Efficacia dell'Assicurazione stessa. Gli Assicuratori rispondono fino a concorrenza del Massimale riportato nel Certificato di Assicurazione, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

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

Il presente articolo si intende operante anche a protezione di eredi, successori o tutori dell'Aderente/Assicurato, purché essi rispettino le condizioni di Assicurazione.

Articolo 10 CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dal proponente sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare il Modulo di Adesione (articolo 1 e 2). Le parti concordano che le attività di:

- a)** registrazione dei propri dati personali;
- b)** elaborazione dell'indicazione di Premio;
- c)** accettazione dei termini e delle condizioni legate all'indicazione di Premio ed al sistema di preventivazione online

costituiscono modalità di vendita a distanza e si impegnano al rispetto della normativa IVASS in vigore.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e scade al termine del Periodo di Assicurazione come indicato nel Certificato di Assicurazione.

Articolo 11 RECESSO PER RIPENSAMENTO

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

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

- a) dalla trasmissione al broker del Modulo di Adesione debitamente sottoscritto dal Contraente Aderente/Assicurato; o
- b) dal pagamento del Premio al Broker.

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

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

In caso di esercizio del diritto di recesso per ripensamento nell'ipotesi sub b), in assenza di Sinistri, e con le modalità sopra indicate, l'Assicuratore trattiene la parte di premio corrispondente al periodo di rischio effettivamente corso, con restituzione del premio restante, al netto delle imposte.

In caso di Sinistro verificatosi nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio, è precluso il diritto di recesso per ripensamento.

Articolo 12 VARIAZIONI DEL RISCHIO

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

Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'Aderente/Assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.

Articolo 13 MODALITÀ DEL RINNOVO

La Polizza/Convenzione ed i singoli Certificati di Assicurazione non sono soggetti a tacito rinnovo e cessano alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

Articolo 14 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Modulo di Adesione generato dalla piattaforma web deve pervenire al Broker entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura di cui ai punti a), b), c) dell'Articolo 10.

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

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

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

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Aderente/Assicurato o dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza.

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

Articolo 17 OBBLIGHI DELL'ADERENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Aderente/Assicurato deve far denuncia di Sinistro scritta agli Assicuratori, per il tramite del Broker, di ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

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

Alla Denuncia di Sinistro devono far seguito, con urgenza, i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre a dettagliata relazione confidenziale sui fatti.

Qualora, nel corso del Periodo di Assicurazione, siano denunciati Fatti e/o Circostanze dai quali derivasse una successiva Richiesta di Risarcimento derivante dai medesimi Comportamenti Colposi, gli stessi saranno considerati Sinistri validamente denunciati alla data in cui è stata trasmessa la prima denuncia.

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

Articolo 18 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

Sono a carico degli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'Aderente/Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento, in aggiunta al massimale, ma entro il limite del 25% del massimale medesimo.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Aderente/Assicurato per legali e/o tecnici e/o consulenti che non siano dagli stessi designati o autorizzati e non rispondono di multe, ammende o sanzioni amministrative comminate all'Assicurato.

Articolo 19 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'Aderente/Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Aderente/Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Articolo 20 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DELLA POLIZZA/CONVENZIONE

Ogni comunicazione relativa all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione della Polizza/Convenzione deve risultare da atto sottoscritto dal Contraente e/o dall'Aderente/Assicurato e dagli Assicuratori.

Articolo 21 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

1. il Contraente/Aderente/Assicurato conferisce mandato al Broker di rappresentarlo ai fini dell'Assicurazione;
2. gli Assicuratori conferiscono mandato al Lloyd's Coverholder One Underwriting Srl di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa a questa Assicurazione.

È convenuto pertanto che:

1. ogni comunicazione fatta al Broker si considererà come fatta al Contraente/Aderente/Assicurato;

2. ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/Aderente/Assicurato stesso;
3. ogni comunicazione fatta a One Underwriting Srl si considererà come fatta all'Assicuratore;
4. ogni comunicazione fatta da One Underwriting Srl si considererà come fatta dall'Assicuratore.

Articolo 22 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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

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

Articolo 23 MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA/CONVEZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento e cessa alla data di scadenza della Polizza/Convenzione.

A parziale deroga dell'art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto nei 60 giorni successivi alla data di decorrenza del suddetto Certificato di Assicurazione.

Se l'Aderente/Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo 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.

Di comune accordo tra le parti si precisa che per le adesioni in corso d'anno il premio verrà calcolato come indicato in Scheda di copertura.

Appendice A) - ESTENSIONE CONTINUITA' COPERTURA

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza/Convenzione, a tenere indenne l'Aderente/Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza/Convenzione, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Aderente/Assicurato prima della decorrenza della Polizza/Convenzione, a condizione che:

a) alla data in cui per la prima volta l'Aderente/Assicurato sia venuto a conoscenza di Fatti e/o Circostanze all'origine della Richiesta di Risarcimento, l'Aderente/Assicurato fosse coperto da assicurazione per il medesimo rischio di cui alla presente Polizza/Convenzione;

- b) la polizza di assicurazione che garantiva l'Aderente/Assicurato ai sensi del precedente punto a) e le successive polizze, non consentissero l'apertura di un sinistro in relazione a Fatti e/o Circostanze come definiti in Polizza/Convenzione.
- c) l'Aderente/Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con il Certificato di Assicurazione dalla data di cui al punto a);
- d) l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Adesione non siano dovuti a dolo.

Appendice B) - ESTENSIONE PER IL PERSONALE NON PIU' IN ATTIVITA'

1) La presente appendice è da intendersi valida e operante esclusivamente per i soggetti che rientrano nella definizione di Assicurato/Contraente di seguito riportata:

“In deroga a quanto disposto nell'Art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Assicurato/Contraente, si deve intendere unicamente l'Esercente la professione sanitaria o il personale non esercente una professione sanitaria che abbia svolto una delle Attività Professionali, e che abbia svolto la propria attività in qualità di dipendente o in rapporto di servizio a qualsiasi titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria, e che la cessazione dell'attività sia già avvenuta al momento della data di decorrenza della presente polizza.”

La cessazione dell'attività professionale può essere avvenuta per qualsiasi causa, compresa la libera scelta.

2) A parziale deroga dell'art. 3 Definizioni delle Condizioni di Assicurazione, per Periodo di Efficacia si intende il periodo entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Certificato di Assicurazione, e la data di cessazione dell'Attività Professionale.

3) Se ricorrono le condizioni di cui al punto 1) l'Art. 9 Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori, deve intendersi abrogato.

Il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza/Convenzione e, agli effetti dell'artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara:

1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l'Aderente/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 di questa Polizza/Convenzione:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato
Articolo 2	Reticenze e dichiarazioni inesatte
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made") – Retroattività
Articolo 6	Limiti territoriali
Articolo 7	Esclusioni
Articolo 10	Conclusione e durata dell'Assicurazione
Articolo 12	Variazioni del rischio
Articolo 13	Modalità del rinnovo
Articolo 14	Condizione risolutiva del contratto di Assicurazione
Articolo 16	Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio
Articolo 17	Obblighi dell'Aderente/Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 18	Spese legali e gestione delle vertenze
Articolo 21	Clausola Broker
Articolo 23	Modalità e disciplina delle adesioni alla Polizza/Convenzione e pagamento del Premio

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLA CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA

1. In deroga a qualsiasi disposizione contraria contenuta nel presente accordo di riassicurazione o a qualsiasi avallo dello stesso, il presente accordo di riassicurazione esclude qualsiasi perdita, responsabilità, costo o spesa o qualsiasi altro importo sostenuto o maturato a favore del soggetto riassicurato, in qualità di assicuratore o riassicuratore, direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca simultaneamente o in qualsiasi sequenza, originata da, causata da, derivante da, contribuito da, derivante da, o altrimenti collegata a:
 - 1.1. irradiazione o contaminazione da materie nucleari; o
 - 1.2. le proprietà radioattive, tossiche, esplosive o altre proprietà pericolose o contaminanti di qualsiasi materia radioattiva; o
 - 1.3. qualsiasi dispositivo o arma che impiega fissione atomica o nucleare e / o fusione o altro tipo di reazione o forza o materia radioattiva.

Definizioni

2. Materiale nucleare significa :
 - 2.1. combustibile nucleare; o
 - 2.2. dove si applica la legge del 1954 sull'energia atomica degli Stati Uniti, e successive modifiche:
 - 2.2.1. materie nucleari speciali; o
 - 2.2.2. materia prima; o
 - 2.2.3. sottoprodotto ; come definito nella legge sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche; o
 - 2.3. dove si applica la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge di modifica della stessa:
 - 2.3.1. qualsiasi materiale, diverso dal torio o dall'uranio naturale o impoverito non contaminato da quantità significative di prodotti di fissione, in grado di rilasciare energia mediante un processo di fissione nucleare a catena autosufficiente;
 - 2.3.2. i materiali radioattivi prodotti nella produzione o nell'utilizzazione dei materiali di cui al punto 2.3.1; e
 - 2.3.3. i materiali resi radioattivi dall'esposizione alle radiazioni conseguenti o incidentali alla produzione o all'utilizzazione dei materiali di cui al paragrafo 2.3.1; o
 - 2.4. nei confronti di qualsiasi territorio in cui non si applichi la legge statunitense sull'energia atomica del 1954 e successive modifiche e la legge canadese sulla responsabilità nucleare R.S.C., 1985, c. N-28 o qualsiasi legge ad essa relativa modificativa, qualsiasi altro materiale radioattivo (compresi ma non limitati ai prodotti e ai rifiuti radioattivi).
3. Combustibile nucleare: qualsiasi materiale, diverso dall'uranio naturale o dall'uranio impoverito, in grado di rilasciare energia nucleare mediante fissione nucleare o in altro modo, da solo o in combinazione con qualsiasi altro materiale.

LMA5198

27 settembre 2012

CYBER and DATA LIMITED EXCLUSION ENDORSEMENT
(Other than Bodily Injury or Property Damage arising out of a Cyber Incident)
(for attachment to International Liability forms)

1. Notwithstanding any provision to the contrary within this Policy or any endorsement thereto this Policy does not apply to any loss, damage, liability, claim, fines, penalties, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with any:

1.1. **CYBER ACT** or **CYBER INCIDENT** including, but not limited to, any action taken in controlling, preventing, suppressing or remediating any **CYBER ACT** or **CYBER INCIDENT**; or

1.2. loss of use, reduction in functionality, repair, replacement, restoration, reproduction, loss or theft of any **DATA**, including any amount pertaining to the value of such **DATA**, regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence thereto, unless subject to the provisions of paragraph 2.

2. Subject to all the terms, conditions and exclusions contained in this Policy or any endorsement thereto, clause 1.1 of this Endorsement shall not apply in respect of any actual or alleged liability for and/or arising out of:

2.1. any ensuing third party bodily injury (other than mental injury, mental anguish or mental disease); or

2.2. any ensuing physical damage to or destruction of tangible third party property, resulting from or arising out of a **CYBER INCIDENT**, unless that **CYBER INCIDENT** is caused by, contributed to by, resulting from, arising out of or in connection with a **CYBER ACT**. Nothing contained in the foregoing shall provide any coverage for any action taken in controlling, preventing, suppressing or remediating a **CYBER INCIDENT** or a **CYBER ACT**.

3. In the event any portion of this endorsement is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

4. If the Underwriters allege that by reason of this endorsement loss sustained by the Insured is not covered by this Policy, the burden of proving the contrary shall be upon the Insured.

Definitions

COMPUTER SYSTEM means any computer, hardware, software, communications system, electronic device (including, but not limited to, smart phone, laptop, tablet, wearable device), server, cloud or microcontroller including any similar system or any configuration of the aforementioned and including any associated input, output, data storage device, networking equipment or back up facility, owned or operated by the Insured or any other party.

CYBER ACT means an unauthorised, malicious or criminal act or series of related unauthorised, malicious or criminal acts, regardless of time and place, or the threat or hoax thereof involving access to, processing of, use of or operation of any **COMPUTER SYSTEM**.

CYBER INCIDENT means:

(a) any error or omission or series of related errors or omissions involving access to, processing of, use of or operation of any **COMPUTER SYSTEM**; or

(b) any partial or total unavailability or failure or series of related partial or total unavailability or failures to access, process, use or operate any **COMPUTER SYSTEM**.

DATA means information, facts, concepts, code or any other information of any kind that is recorded or transmitted in a form to be used, accessed, processed, transmitted or stored by a **COMPUTER SYSTEM**.

LMA5469A
12 October 2022

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE GUERRA E GUERRA CIVILE

Nonostante qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, la stessa non copre Perdite o Danni causati direttamente o indirettamente da, che avvengono per o in conseguenza di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (che la guerra sia dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o usurpato o confisca o nazionalizzazione o requisizione o distruzione o danneggiamento di beni da o per ordine di qualsiasi governo o autorità pubblica o locale.

NMA0464
01/01/1938

SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE (CLAUSOLA SANZIONI, LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI)

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.

LMA3100
15 settembre 2010

RIFERIMENTI INTERNI

LB 100,00000%

50,00000%	5355
50,00000%	5328
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

TERMINI E CONDIZIONI GENERALI**Dichiarazione precontrattuale**

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

Firma del Contraente della polizza**Data****Firmato da****Clausola di mancato pagamento del premio**

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

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

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

Clausola di notifica atti e giurisdizione

Si conviene che la presente Assicurazione sarà disciplinata esclusivamente dalla legge e dalla procedura italiane. Eventuali controversie derivanti da o in relazione alla presente polizza saranno soggette in via esclusiva alla giurisdizione del competente tribunale italiano.

Tutte le chiamate in giudizio, gli atti e gli avvisi relativi a procedure legali tesi ad avviare un procedimento giudiziale in relazione al presente Contratto di Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificati presso:

**LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A. nella persona del Rappresentante per l'Italia
Corso Garibaldi 86 – 20121 Milano**

La presente Clausola di Notifica Atti e Giurisdizione non è da intendersi in contrasto con quanto contrattualmente previsto per la risoluzione delle controversie, né la stessa prevale su ogni previsione di polizza volta al componimento delle liti.

LBS0081ITA
01/12/2019

Informativa Assicurati

ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003

Questa informativa viene resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo nr. 679/2016 ("Regolamento" o "GDPR") e del D.Lgs. nr. 196/2003 (di seguito "Codice della Privacy"), in materia di protezione dei dati personali da Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito "Lloyd's Europe"), società assicurativa belga con sede presso Bastion Tower, 5 Place du Champ de Mars / 5 Marsveldplein, (Bruxelles), nella persona del Rappresentante generale per l'Italia, domiciliato in Milano al Corso Garibaldi 86, quale Titolare del trattamento dei suoi dati personali ai sensi della normativa applicabile.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei Suoi Dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

1. Titolare della protezione dei dati

Titolare del trattamento è Lloyd's Insurance Company S.A., società assicurativa belga con sede presso Bastion Tower, 5 Place du Champ de Mars / 5 Marsveldplein (Bruxelles), nella persona del suo Rappresentante per l'Italia, domiciliato in Milano presso Corso Garibaldi, 86.

2. Finalità del trattamento dei dati e correlata base giuridica

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) Valutazione di eleggibilità volta alla sottoscrizione del rischio da parte di Lloyd's Europe: la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività precontrattuale. Nel caso siano raccolti dati particolari la base giuridica del trattamento è il consenso;
- b) Espletamento delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui Lloyd's Europe è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; la base giuridica del trattamento è lo svolgimento di attività contrattuale;
- c) Informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Lloyd's Europe, previo Suo consenso scritto; la base giuridica del trattamento è il Suo consenso.

3. Trattamento di categorie particolari di dati personali

In occasione delle operazioni di trattamento dei dati per le finalità per le quali al punto 1, lett. (a), (b), Lloyd's Europe potrebbe venire a conoscenza anche di dati che la normativa definisce come appartenenti a categorie particolari di dati ai sensi dell'art. 9 GDPR: come, ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Le confermiamo che i Suoi dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza e saranno utilizzate misure tecniche aggiuntive per garantirne la sicurezza in tutte le fasi del trattamento.

La base giuridica del trattamento di questa categoria di dati è il suo consenso.

4. Modalità del trattamento

Il Trattamento dei Suoi Dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici, telematici ed in ogni caso mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza, la riservatezza. I Suoi Dati personali saranno trattati da nostro personale specificamente formato in materia di protezione dei dati personali, e specificamente autorizzato a tal fine da parte del Titolare del trattamento.

5. Conservazione dei dati

I Suoi Dati saranno conservati rigorosamente per il tempo necessario a conseguire le finalità per le quali l'informazione è raccolta, in conformità con le leggi applicabili sulla protezione dei dati personali.

Venuta meno la necessità di utilizzo dei Suoi dati personali, gli stessi saranno rimossi da sistemi e registri Lloyd's Europe e/o saranno adottati provvedimenti per anonimizzarli in modo che Lei non possa più essere identificata tramite gli stessi.

6. Conferimento dei dati

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato direttamente ovvero tramite società accreditate ad operare presso Lloyd's Europe, le quali svolgono per nostro conto compiti collegati alla intermediazione assicurativa (agenti, broker).

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

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

7. Rifiuto di conferimento dei dati

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

- a) nei casi di cui al punto 2, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 2, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità per Lloyd's Europe di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

8. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. (a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assuntori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività Produttive, AGCM, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici.

Gli incaricati del trattamento che si occupano della gestione del personale potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili ex art. 28 GDPR.

L'elenco di tali soggetti è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Europe e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta all'indirizzo e-mail LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com.

Informativa Assicurati

ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016 e del d.lgs. n. 196/2003

9. Trasferimento internazionale dei dati

I Suoi Dati potranno essere trasferiti a soggetti localizzati al di fuori dall'Unione Europea (a titolo esemplificativo e non esaustivo Canada, Regno Unito e Svizzera).

Il trasferimento dei Suoi Dati sarà quindi lecitamente effettuato sulla base:

- a) di decisioni di adeguatezza adottate da parte della Commissione Europea; oppure;
- b) di Standard Contractual Clauses ("SCC") adottate fra esportatore e importatore dei dati personali oggetto di trasferimento, secondo la documentazione e le indicazioni rilasciate in tema dalla Commissione Europea;
- c) del suo consenso espresso e informato circa i rischi inerenti al trasferimento; ciò in via residuale e solo qualora le precedenti casistiche di cui ai punti a) e b) non dovessero trovare applicazione.

10. Responsabile per la protezione dei dati

È possibile contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati presso Lloyd's Europe utilizzando i dati di contatto inseriti di seguito:

Data Protection Officer

Lloyd's Insurance Company S.A.

Place du Champ de Mars 5,

1050 Bruxelles, Belgium

LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

11. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di esercitare, in qualunque momento, i seguenti diritti in relazione ai Suoi Dati Personali oggetto di trattamento ai sensi della presente informativa, per come previsti e garantiti dal Regolamento e dal Codice della Privacy, tra cui (ove applicabile):

Diritto di accesso e rettifica (articoli 15 e 16 del GDPR): ha il diritto ad accedere ai Suoi dati personali e di chiedere che

gli stessi siano corretti, modificati o integrati, potendo ottenere una copia dei dati in possesso del Titolare.

Diritto alla cancellazione dei dati (Art. 17 del GDPR): nei casi previsti dalla normativa vigente può chiedere la cancellazione dei Suoi dati personali. Ricevuta e analizzata la Sua richiesta, sarà cura del Titolare cessare il trattamento e cancellare i dati personali, ove rinvenuta legittima.

Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18 del GDPR): ha il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali nel caso di trattamenti illeciti o contestazione dell'esattezza dei dati personali.

Diritto di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento (Art. 19 del GDPR): ha il diritto di veder comunicato a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i Suoi dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli articoli 16, 17, par. 1, e 18 GDPR, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il Titolare è tenuto a comunicarle tali destinatari, qualora lo richieda.

Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20 del GDPR): ha il diritto di chiedere di ottenere, da parte del Titolare del trattamento, i Suoi dati personali al fine di trasmetterli ad altro Titolare, nei casi previsti dall'articolo richiamato.

Diritto di proporre reclamo (Art. 77 del GDPR): ha il diritto di proporre reclamo innanzi alla competente Autorità Garante per la protezione dei Dati Personali qualora ritenga che sia avvenuta, o sia in corso, una violazione dei Suoi diritti in riferimento al trattamento dei Suoi dati personali.

In aggiunta a quanto sopra, Lei ha diritto di revocare, in qualsiasi momento, il Suo consenso con riferimento alle attività di trattamento dei dati che trovano la loro base giuridica proprio sul Suo consenso.

Le richieste relative a all'esercizio uno o più dei diritti di cui sopra potranno essere rivolte al Titolare ovvero al DPO ai recapiti sopra indicati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra, si richiede quindi di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati strettamente necessari per le operazioni e i servizi richiesti e più precisamente per:

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

Data

Firma

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

Data

Firma (facoltativa)

(*) Per specifici servizi che comportino la conoscenza da parte di Lloyd's Europe di ulteriori dati particolari (ad esempio, dati genetici e biometrici, relativi allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

Reclami

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

Ufficio Reclami
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Giuseppe Garibaldi 86
20121 Milano
Fax: +39 02 6378 8857
E-mail: LloydsEurope.ServizioReclami@lloyds.com oppure
LloydsEurope.ServizioReclami@pec.lloyds.com

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 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 404 14 679 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 206
E-mail: tutela.consumatore@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 online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente www.ec.europa.eu/odr.

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.

LBS0011D
26/04/2023

DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE

Su questo documento è stata apposta la firma digitale dalla Compagnia di assicurazioni **Lloyd's Insurance Company S.A.** ai sensi di Leggi e Regolamenti attualmente in vigore; esso ha quindi valore legale e può sostituire il documento cartaceo.

L'integrità del documento e della firma digitale possono essere verificate dal Contraente prima di apporre la propria firma.

Come verificare la firma digitale

La firma digitale può essere verificata gratuitamente online tramite i servizi elencati sul sito WEB di AGID a questo indirizzo:

<https://www.agid.gov.it/it/piattaforme/firma-elettronica-qualificata/software-verifica>

Come verificare l'integrità del documento

La versione del documento firmato dalla Compagnia è sempre visionabile utilizzando i più comuni lettori di PDF (Acrobat Reader®, Foxit Reader®, ecc.).

**Firma Digitale del Contraente
(Documento Digitale)**

Il Contraente può firmare questo documento con la firma elettronica in suo possesso oppure con il sistema di firma elettronica messo a disposizione dall'intermediario.

Conservazione del Documento Digitale

Il documento deve essere inviato dall'Intermediario alla Compagnia che lo conserverà digitalmente come previsto dalla Legge per preservarne la validità.

**Firma Autografa del Contraente
(Documento Stampato)**

La firma della Compagnia è apposta digitalmente e graficamente, quindi questo documento ha valore anche se viene stampato. Il Contraente può firmare in forma autografa.

Conservazione del Documento Stampato

Il documento stampato e firmato in originale deve essere inviato dall'Intermediario alla Compagnia che lo conserverà come previsto dalla Legge.

Questa pagina

Questa pagina viene aggiunta automaticamente dal sistema di emissione documenti della Compagnia e non costituisce elemento contrattuale. Il QR-Code in calce è inserito esclusivamente ad uso interno e non può essere interpretato da altri lettori di codici.



Non è necessario stampare questo documento,
aiuta anche tu l'ambiente.

