

Assicurazione della
Responsabilità Civile degli
Associati A.O.G.O.I.

POLIZZA CONVENZIONE NR. 1600900 – 30 GIUGNO 2007

Importante:

Questa assicurazione è prestata nella forma «claims made» per la quale è necessario leggere *gli articoli 03, 14.01, 21.*

Articolo 01

Dichiarazioni degli Assicurati

Con la firma di questa Polizza Convenzione l'Assicurato dichiara:

- 01.01**
- di essere Associato all'A.O.G.O.I. - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani;
 - di esercitare l'attività professionale di Medico professionista in ginecologia ed ostetricia oppure di frequentare il corso di specializzazione in ginecologia ed ostetricia, con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti;
- 01.02**
- di non essere a conoscenza di fatti e circostanze già note al momento della stipulazione del contratto che possano far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno e/o richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;

Articolo 02

Definizioni

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

Contraente della

Convenzione : A.O.G.O.I. Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Assicurati: Associati A.O.G.O.I. il cui interesse è coperto dall'assicurazione

Assicuratori: alcuni Sottoscrittori dei Lloyd's of London

Broker : Le Società indicate all'articolo 24 iscritte nel Registro degli intermediari assicurativi di cui all'art. 109 del D.lgs 7 settembre 2005, n. 209, che svolgono l'attività di intermediazione assicurativa.

Danno / Danni: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).

Massimale: la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.

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

Periodo di

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

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

Richiesta di

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

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

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

Coverholder: soggetto che agisce in nome e per conto degli Assicuratori:
FURNESS UNDERWRITING Ltd.
Boundary House, 7/17 Jewry Street, London EC3N 2HP (UK)
Tel. +44(0)20 74884144; Fax +44(0)20 74883373

Articolo 03

Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta.

Terminato il periodo di assicurazione, cessa ogni obbligo degli Assicuratori e, trascorsi 10 giorni dalla fine di detto periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato.

La data di retroattività convenuta corrisponde alle ore 24 del 30 Giugno 2005.

Articolo 04

Oggetto della Convenzione

La presente Polizza Convenzione opera fino alla concorrenza di Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno e per ciascun assicurato a secondo rischio, quindi esclusivamente per l'eccedenza rispetto alle somme assicurate per le garanzie previste dalla presente assicurazione.

04.01.

per i Dipendenti o Intramoenia dalla polizza dell'Ospedale :

La presente Polizza Convenzione opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo (come previsto dall'art. 21 C.C.N.L. dell'08.06.2000).

Esclusivamente in caso di inoperatività, insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio nonché in caso di rivalsa da parte dell'ente, la presente Polizza Convenzione opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00.

04.02.

per i liberi professionisti o extramoenia dalla polizza personale di primo rischio.

La presente Polizza Convenzione opera in eccedenza ai massimali garantiti dalle polizze di primo rischio sottoscritte dall'Assicurato o da terzi in favore dell'Assicurato medesimo.

Dette polizze di primo rischio all'atto della sottoscrizione dovranno comunque prevedere un massimale minimo di Euro 1.500.000,00.

In caso di inesistenza, inoperatività, inefficacia delle coperture di 1° rischio, l'importo di Euro 1.500.000,00 rimarrà in carico all'Assicurato.

Esclusivamente in caso di insufficienza, riduzione o esaurimento dei massimali di primo rischio la presente Polizza Convenzione opererà in primo rischio con un massimale di Euro 1.000.000,00.

Articolo 05

Massimali e Premi in euro

La presente copertura opera, così come previsto all'articolo "Oggetto della Convenzione", in eccesso al massimale in I° rischio assicurato con altra polizza :

Massimale per sinistro e per anno assicurativo

Euro 1.000.000,00

Premio lordo annuo

Euro 180,00

Articolo 06

Operatività della Convenzione

Gli Assicuratori con questa Polizza Convenzione si impegnano a dare ai medici le garanzie assicurative rientranti nei termini di questa Polizza Convenzione con effetto dal ricevimento da parte dell'Associazione dell'elenco degli Associati in regola con le quote associative completo delle seguenti informazioni:

- a) Dati anagrafici: nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza;
- b) Regime di attività.

Gli elenchi dovranno essere inviati per il tramite del broker all'Assicuratore che provvederà all'emissione della relativa appendice di copertura.

Articolo 07

Durata della Convenzione

La presente Polizza Convenzione ha durata triennale. E' comunque data facoltà al Contraente e agli Assicuratori di recedere dalla Convenzione con efficacia a far data da ogni scadenza annuale mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, da inviarsi almeno 90 (novanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale.

Articolo 08

Ingresso in convenzione e durata delle coperture

Per l'ingresso nella presente Polizza Convenzione dei nuovi iscritti o per quelli che andranno a regolarizzare la propria posizione con l'Associazione, la copertura assicurativa avrà effetto a partire dalla data di iscrizione o di regolarizzazione indicata nei tabulati forniti dalla Contraente al termine di ciascun semestre (31/12 e 30/06 di ciascun Periodo di Assicurazione).

Il premio annuo si intende acquisito per intero dagli Assicuratori, indipendentemente dalla data di ingresso o regolarizzazione.

In caso di discrepanza tra i dati contenuti nei suddetti tabulati e la data dei documenti attestanti il versamento delle quote effettuale dall'Associato alla Contraente farà fede quest'ultima.

Articolo 08 bis

Regolazione premio

Entro 15 giorni dal termine di ciascun semestre (31/12 e 30/06 di ciascun Periodo di Assicurazione) la Contraente si impegna a fornire i tabulati contenenti l'elenco degli Associati al fine di calcolare il premio di regolazione dovuto alla Società.

La rimessa del premio di regolazione deve essere effettuata dalla Contraente al Broker entro i 15 giorni successivi alla comunicazione dei tabulati, pertanto rispettivamente entro il 31/01 ed il 31/07 di ciascun Periodo di Assicurazione.

Articolo 09

Oggetto dell'assicurazione

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa polizza, gli Assicuratori prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo 03:

09.01

Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi

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

Gli Assicuratori rispondono:

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

09.02

Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso i dipendenti

Gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti.

Gli Assicuratori rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

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

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

Articolo 10

Spese legali e gestione delle vertenze

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

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

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

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

Articolo 11

Nozione di "terzo" o "terzi"

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

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

Articolo 12

Limiti territoriali

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia.

Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure mediante delibazione di sentenze in base a leggi di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 13

Precisazioni sui rischi coperti

L'assicurazione, quale delimitata in questa polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dell'Assicurato dichiarate all'articolo 01, le quali possono comprendere le voci 13.01 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

13.01

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

- a. la responsabilità civile derivante all'Assicurato quando si trovi a svolgere la funzione di sostituto nella conduzione temporanea dello studio professionale di un collega;
- b. la responsabilità civile derivante all'Assicurato quando si trovi occasionalmente a svolgere l'attività professionale dichiarata presso ospedali o cliniche per prestazioni ai suoi pazienti;
- c. i danni derivanti dall'esecuzione di piccoli interventi chirurgici ambulatoriali o domiciliari senza ricorso ad anestesia totale;
- d. la responsabilità civile derivante all'Assicurato da errori diagnostici;
- e. i danni conseguenti all'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e terapeutici;

- f. la responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'attività di endoscopia diagnostica e terapeutica, monitoraggio cardiocartografico, termografia, diatermocoagulazione, colposcopia;
- g. i danni conseguenti all'uso di apparecchi per la diatermia, laserterapia, elettroterapia, ecografia ed altri apparecchi specifici dell'attività specialistica degli Assicurati;
- h. i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai ginecologi radiologi per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive;
- i. i danni derivanti dall'esecuzione di interventi all'apparato mammario;
- j. i danni derivanti dall'attività chirurgica;
- k. i danni derivanti dall'attività di medicina preventiva;
- l. i danni derivanti dall'attività terapeutica.

13.02

L'assicurazione comprende in ogni caso:

- a. la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 23;
- b. i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
- c. i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;
- d. le perdite patrimoniali conseguenti a errato trattamento - raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione - dei dati personali di terzi (D.L. n°196 del 30 giugno 2003). La copertura di tali perdite è prestata per un massimale di euro 100.000,00 (euro centomila) per ogni sinistro, fermo il massimale stabilito in polizza per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso periodo di assicurazione;
- e. la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. n° 626 del 19 settembre 1994 e successive modificazioni ed integrazioni;
- f. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
- g. la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o commessi in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A., o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali cagionati alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino."

Articolo 14 Esclusioni

14.01

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

- a. i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 03;
- b. fatti e circostanze già note al momento della stipulazione del contratto che possano far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno e/o richieste di risarcimento già note all'Assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di copertura.

14.02

Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b. in relazione ad attività diverse da quella professionale dichiarata all'articolo 01;
- c. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale;
- d. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 12;
- e. per danni che siano imputabili esclusivamente ad assenza del consenso informato;
- f. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- h. derivanti da violazione del civile rapporto con i terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, *mobbing*, *bullying*, molestie, violenze o abusi sessuali, e simili);
- i. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- j. relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- k. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- l. riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- m. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- n. che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo quanto previsto alla voce h dell'articolo 13.01;
- o. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- p. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente.

Articolo 15

Responsabilità solidale

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

Articolo 16

Cessazione dell'attività professionale

Se durante il periodo di assicurazione l'attività professionale dell'assicurato viene a cessare per quiescenza o qualunque altra ragione diversa dalla sospensione o cancellazione dall'Albo per motivi disciplinari o dal licenziamento per giusta causa, l'assicurazione prosegue fino alla data della sua naturale scadenza e termina a tale data.

Articolo 17

Copertura a favore degli eredi e dei tutori

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

Articolo 18

Variazioni legali del rischio

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

Articolo 19

Pagamento del premio

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

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

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

Articolo 20

Oneri fiscali

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

Articolo 21

Coesistenza altre assicurazioni

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

Articolo 22

Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Premesso che l'Assicuratore ha incaricato di ricevere la denuncia dei sinistri il seguente soggetto:

Loss Adjuster CHP

tramite il Lloyd's Correspondent: **Rimas** – Risk Management Service srl, Via San Martino 11/b, 20122 Milano Te. 02.58.300.700-
Fax 02.58.300.158, anche attraverso il Broker **Ge.As.** – Gestioni Assicurative srl, Viale delle Milizie 16 – 00192 Roma, Tel
06.85.32.61, Fax 06.85.32.66.66”

L'Assicurato deve far denuncia scritta a quest'ultimo di ciascun sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere completa dei seguenti documenti / informazioni:

- a) Copia della richiesta di risarcimento stragiudiziale ovvero dell'atto di citazione ovvero di qualsiasi atto ricevuto, relativo all'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione.
- b) Dati anagrafici del danneggiato e del legale del danneggiato.
- c) Relazione chiara e circostanziata delle modalità con le quali si è manifestato l'evento dannoso, accompagnata da un parere professionale confidenziale sul caso, redatto dall'assicurato.
- d) Se dipendente di una Struttura Ospedaliera indicazione della Compagnia assicurativa presso la quale è assicurato l'Ente.
- e) Le polizze assicurative che garantiscono l'evento sottoscritte dall'assicurato medesimo o da terzi in suo favore.

L'Assicurato deve altresì tempestivamente inviare al soggetto di cui sopra i documenti relativi al sinistro che gli pervengano successivamente all'apertura ed altresì riscontrare le successive richieste di informazioni / documenti inoltrategli dall'Assicuratore e/o da incaricati di quest'ultimo.

Articolo 23

Surrogazione

Gli Assicuratori sono surrogati, per il totale delle somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento e delle spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Articolo 24

Clausola broker

Con la sottoscrizione della presente polizza si prende atto che l'Assicurato/Contraente conferisce ad entrambe le seguenti Società "GE.AS. – Gestioni Assicurative srl – viale delle Milizie 16, 00192 Roma e RIMAS – Risk Management Service srl – Via San Martino 11/B, 20122 Milano" mandato di Brokeraggio assicurativo ai sensi del D.lgs 7 settembre 2005, n. 209 – Codice delle Assicurazioni private.

Gli Assicuratori conferiscono al Coverholder l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza.

E' convenuto pertanto che:

- a) Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b) Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker sarà considerata come fatta dall'Assicuratore;
- c) Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker sarà considerata come fatta dall'Assicurato;
- d) Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker sarà considerata come fatta all'Assicuratore;

Gli Assicuratori accettano che il pagamento sia fatto tramite detto Broker

Articolo 25

Norme di legge

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

Articolo 26

Domande giudiziali

La Rappresentanza processuale passiva è stata conferita dagli Assicuratori dei Lloyd's al Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's. Pertanto, ogni domanda giudiziale relativa a quanto stabilito nella presente assicurazione, dovrà essere proposta contro: "Gli Assicuratori dei Lloyd's, che hanno assunto il rischio derivante dalla presente Polizza Convenzione in persona del Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's".

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

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "**Claims made**", a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e da lui denunciati agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
2. di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle Condizioni:
 - art. **03** Forma dell'assicurazione ("Claims made" - Retroattività)
 - art. **14** Esclusioni (in particolare quelle dell'assicurazione Claims made - 14.01)
 - art. **21** Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
 - art. **22** Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
 - art. **24** Clausola Broker
 - art. **26** Domande Giudiziali