



Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa
Grave dell'Esercente la Professione Sanitaria presso
Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie Pubbliche e/o
Private n.AW23NUR001

Versione 1_2023

Contraente: NurSind



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

L'ASSICURAZIONE È PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE»

Si vedano gli articoli 4, 7, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Con la stipulazione della presente Polizza/Convenzione, il Contraente dichiara che gli Assicurati:

- 1.1 esercitano la professione indicata in Scheda di Copertura con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti
- 1.2 esercitano la predetta attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria
- 1.3 non sono a conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in dipendenza dell'attività professionale esercitata, 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 nella documentazione fornita agli Assicuratori

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'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.

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	Come da Dichiarazione di Coassicurazione
Assicurato	L'esercente la professione sanitaria o la professione di interesse sanitario socio-sanitario o socio-assistenziale che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nella Scheda di Copertura, e che svolga la propria attività, presso una Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione, incluso il tirocinante e lo stagista.
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza/Convenzione agli Assicurati.
Attività Professionale	L'attività sanitaria svolta dall'Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria



Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza/Convenzione, indicato nella Scheda di Copertura.
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'Assicurato
Contraente della Polizza/Convenzione	la persona giuridica che contrae la Polizza/Convenzione a favore degli Assicurati.
Fatti e/o Circostanze	<p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none">• la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'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'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'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'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'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Aderente/Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;



	<ul style="list-style-type: none">• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'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'Assicurato medesimo;• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio Sanitaria informa l'Assicurato che all'U.R.P. -Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;• il ricevimento da parte dell'Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;• la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'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'Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza/Convenzione
Loss Adjuster	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri



Massimale	la somma massima, indicata in Scheda di Copertura, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare per ogni 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.
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 Scheda di Copertura, 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, 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).
Polizza/Convenzione	il presente documento che disciplina i rapporti assicurativi tra Assicuratori, Contraente e Assicurati, e che unitamente alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.
Responsabilità amministrativa	la responsabilità gravante sull'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 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	<p>Il primo tra:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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'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'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	<p>ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti.</p> <p>Non sono considerati terzi</p> <ul style="list-style-type: none">• il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;• i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'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'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'Assicurato ha svolto in passato una o più attività previste tra quelle indicate nella Scheda di Copertura, ma diverse da quella che svolge attualmente e che è dichiarata nella Scheda di Copertura, la Retroattività è pienamente efficace anche per dette attività.

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

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «*claims made*» e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato 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'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'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'Assicurato, indicate nella Scheda di Copertura, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione

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.

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 delibazione 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'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 nel 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'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'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 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'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'Assicurato;
- o) conseguenti ad 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'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.
- r) In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcune richieste di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituiscono 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'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'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'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, compresa la libera scelta, la copertura assicurativa resta operante alle condizioni della presente Assicurazione riportate nel 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 nella Scheda di Copertura, per l'insieme di tutti i Sinistri denunciati.

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

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

Articolo 10 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'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'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 11 MODALITÀ DEL RINNOVO

La Polizza/Convenzione non è soggetta a tacito rinnovo e cessa alla scadenza di ogni Periodo di Assicurazione senza obbligo di disdetta.

Articolo 12 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 13 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'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'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 14 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'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 trasmesso la prima denuncia.

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



Articolo 15 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'Assicurato designando, ove occorra, legali e/o tecnici e/o consulenti e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico degli Assicuratori ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile le spese legali sostenute per assistere e difendere l'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'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 16 SURROGAZIONE

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

Articolo 17 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.

Articolo 18 CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

- 1) il Contraente/ 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/ Assicurato;
- 2) ogni comunicazione fatta dal Broker si considererà come fatta dal Contraente/ 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 19 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'Assicurato.

Articolo 20 MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA/CONVENZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza/Convenzione 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 della Polizza/Convenzione.

Il premio per la garanzia base risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base



dei dati forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni annuali (solo attive) calcolate sulla base del numero effettivo degli Assicurati nel corso dell'annualità trascorsa. Il Contraente fornirà alla Società entro i 30 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, l'ammontare effettivo di tesserati/associati nel corso dell'annualità trascorsa.

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Si precisa inoltre che gli Assicurati si intendono inclusi in copertura dalla data di adesione all'associazione NurSind.

Clausola RELATIVA ALL'ESCLUSIONE LIMITATA DI CYBER E DATI

(Diverso da lesioni personali o danni materiali derivanti da un incidente informatico)

1.1 Nonostante qualsiasi disposizione contraria prevista all'interno della presente Polizza o qualsiasi appendice ad essa, la presente Polizza non si applica a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, pretesa, multe, penali, costi o spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente causati da, contribuito da, derivanti da, derivanti da o in connessione con:

1.2 Cyber Act o Cyber Incident, comprese, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le azioni intraprese per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualsiasi Cyber Act o Cyber Incident; o

1.3 perdita dell'utilizzo, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino, riproduzione, perdita o furto di qualsiasi dato, incluso qualsiasi importo relativo al valore di tali Dati; indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca in concomitanza o in qualsiasi altra sequenza, a meno che non siano soggette alle disposizioni del paragrafo 5.

2 Nel caso in cui una qualsiasi parte di questa appendice risulti non valida o inapplicabile, il resto rimarrà in piena forza ed effetto.

3 Questa appendice sostituisce qualsiasi altra formulazione prevista nella Polizza o in qualsiasi sua appendice che abbia un'incidenza su un Cyber Act, Cyber Incident o Dati e, se in conflitto con tale formulazione, la sostituisce.

4 Se i Sottoscrittori sostengono che a causa di questa appendice la perdita subita dall'Assicurato non è coperta dalla presente Polizza, l'onere di provare il contrario incombe sull'Assicurato.

5 Tuttavia, la clausola 1.1 della presente esclusione non si applica a qualsiasi responsabilità reale o presunta per e/o derivante da:

5.1 eventuali lesioni corporali di terzi (diverse da lesioni mentali, angoscia mentale o malattie mentali); o

5.2 qualsiasi danno fisico o distruzione di beni di terzi

derivanti da o derivanti da un Cyber Incident, a meno che tale Cyber Incident sia causato da, contribuito da, derivante da, derivante da o in connessione con un Cyber Act. Nessuna disposizione di cui sopra fornisce alcuna copertura per le azioni intraprese per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a un incidente informatico o a un Cyber Act.

Definizioni

6 Sistema informatico indica qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (incluso, ma non limitato a, smartphone, laptop, tablet, dispositivo indossabile), server, cloud o microcontrollore, compresi sistemi simili o qualsiasi configurazione di cui sopra, compresi eventuali ingressi, uscite, dispositivi di memorizzazione dati, apparecchiature di rete o di back-up associati, di proprietà o gestiti dall'assicurato o da qualsiasi altra parte.

7 Cyber Act indica un atto non autorizzato, dannoso o criminale o una serie di atti non autorizzati, dannosi o criminali correlati, indipendentemente dal luogo e dal tempo, o la minaccia o la truffa che comporta l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico. 8 Cyber Incident significa:

8.1 qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che implicano l'accesso a, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di un sistema informatico; o

8.2 qualsiasi indisponibilità o guasto parziale o totale o serie di indisponibilità parziali o totali correlati o mancato accesso, elaborazione, utilizzo o funzionamento di qualsiasi sistema informatico.



9 Per dati si intendono le informazioni, i fatti, i concetti, il codice o qualsiasi altra informazione di qualsiasi tipo che sia registrata o trasmessa in forma da utilizzare, accedere, elaborare, trasmettere o memorizzare da un sistema informatico.

LMA5469

4 novembre 2020

Appendici operanti solo se espressamente richiamate 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, a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza della presente Polizza, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Assicurato prima della decorrenza della Polizza, a condizione che:

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

la polizza di assicurazione che garantiva l'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.

l'Assicurato sia stato ininterrottamente coperto per il medesimo rischio senza soluzione di continuità con la presente Polizza, dalla data di cui al punto a);

l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Proposta non siano dovuti a dolo.

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

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 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.

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 Scheda di Copertura, e la data di cessazione dell'Attività Professionale.

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.

Appendice C) CLAUSOLA DI RESPONSABILITA' SOLIDALE

La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di provvedimento giurisdizionale (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con cui l'Azienda Sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione e/o lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda sanitaria e/o la sua compagnia di Assicurazione non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

La Copertura Assicurativa, ad esclusione dei danni derivanti da fatti dolosi, è estesa anche per un massimale di euro 50.000,00 ad una eventuale provvisoria liquidata in sede penale e per la quale l'Ente, dopo che gli sia stata comunicata da parte dell'Assicurato la richiesta di manleva dal pagamento, non



provveda nei termini prescritti e conseguentemente venga emesso atto di precetto nei confronti dell'Assicurato medesimo.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda di appartenenza e/o della sua compagnia di Assicurazione per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Il Contraente



Il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza 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'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:

Articolo 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 2	Reticenze e dichiarazioni inesatte
Articolo 3	Definizioni
Articolo 4	Forma dell'assicurazione ("Claims made") – Retroattività
Articolo 5	Oggetto dell'assicurazione
Articolo 6	Limiti territoriali
Articolo 7	Esclusioni
Articolo 8	Responsabilità solidale
Articolo 9	Estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione eredi e tutori
Articolo 10	Variazione del rischio
Articolo 11	Modalità del rinnovo
Articolo 12	Oneri fiscali
Articolo 13	Coesistenza di altre assicurazioni - Secondo rischio
Articolo 14	Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
Articolo 15	Spese legali e gestione delle vertenze
Articolo 16	Surrogazione
Articolo 17	Forma delle comunicazioni – variazione della polizza/convenzione
Articolo 18	Clausola Broker/Intermediario
Articolo 19	Norme di legge e foro competente
Articolo 20	Modalità e disciplina delle adesioni alla polizza/convenzione e pagamento del premio

Il Contraente
