

Tipo Assicurazione: RC Professionale - colpa grave ad adesione

Polizza n.ro: MP0000013

**Intermediario emittente**

Omnyy Europe S.r.l.

Iscrizione RUI: A000736630

**Corrispondente**

Ragione Sociale: ASSITA SPA PROGRAMMI ASSICURATIVI PROFESSIONALI INTEGRATI

Iscrizione RUI: A000012675

**Contraente**

Nominativo: NurSind-II sindacato degli infermieri

Codice Fiscale: 95098210248

Partita IVA: 95098210248

Comune: Roma

CAP: 00185

Provincia: Roma

Indirizzo: Viale dell'Università, 27

**Descrizione del rischio:**

Vedi scheda di copertura

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 30/04/2026

Alle ore 24 del 30/04/2027

Tipo di rinnovo: Vedi scheda di copertura

Frazionamento: Quadrimestrale

Regolazione premio: Sì

**Premio da pagare – Modalità del pagamento del Premio Annuale**

	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Premio Lordo
Rate alla firma in euro	€ 225.160,00	€ 0,00	€ 225.160,00	€ 0,00	€ 225.160,00
Rate successive in euro	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

Data di emissione: 28/04/2026

Compagnia Delegataria – quota di rischio: 50%  
Accelerant Insurance Europe SA/NV

Compagnia Delegata – quota di rischio: 50%  
Revo Insurance SPA

L'Intermediario / Distributore

**omnyy**  
europe S.r.l.



**ACCELERANT**  
Accelerant Insurance Europe S.A

La presente polizza è stata emessa in Italia e stampata mediante l'intermediario corrispondente.

**Quietanza del premio**

Il sottoscritto dichiara di ricevere l'importo di € 225.160 per il saldo della presente

Data di incasso

L'addetto all'incasso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SCHEDA DI COPERTURA

### RISCHI, IMPORTI ASSICURATIVI, FRANCHIGIE ED ESTENSIONE TERRITORIALE

CONTRAENTE:	NurSind-II sindacato degli infermieri
RAMO:	RC Professionale
OGGETTO O RISCHIO ASSICURATO A TERMINI DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI ALLEGATE E DESCRIZIONE DEL RISCHIO:	Colpa grave
MASSIMALE:	€ 500.000 per sinistro per Assicurato, € 10.000.000 massimale aggregato annuo per la convenzione
FRANCHIGIA/SCOPERTO:	Come da testo di polizza
RETROATTIVITÀ:	Illimitata
ULTRATTIVITÀ - GARANZIA POSTUMA:	Come da testo di polizza
ESTENSIONE TERRITORIALE:	Come da testo di polizza

### Coperture assicurative - Precisazioni sul rischio

Si precisa che la presente polizza è emessa in esecuzione della delibera n. 10 del 12/05/2015 del Consiglio di Amministrazione della Assicuratrice, approvata dalla Conferenza dei Soci della Assicuratrice.

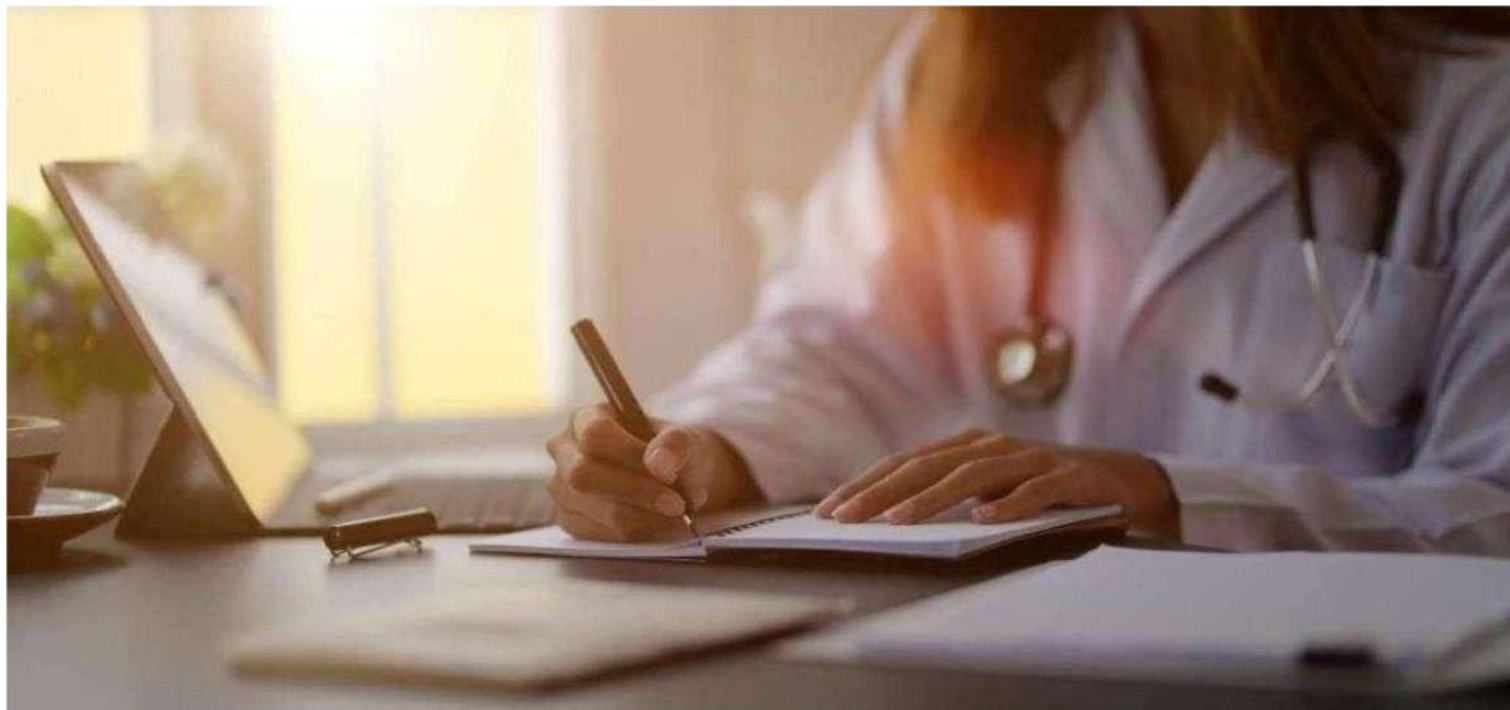
#### AVVERTENZA:

La sottoscrizione del contratto con qualsiasi dispositivo di firma elettronica comporta che la sottoscrizione si intende apposta in tutte le parti in cui è richiesta la firma materiale da parte del contraente inclusa la approvazione delle condizioni di assicurazione e la specifica approvazione delle clausole vessatorie

### Data e firma del Contraente:

	<b>Firma</b>
Li, _____	_____





## **Responsabilita' Civile professionale Colpa Grave Medica**

### **Prodotto: RC Professionale Colpa Grave Medica**

Questa polizza è sottoscritta da **Accelerant Insurance Europe SA/NV** per il tramite di **Omny Europe S.r.l.**. **Accelerant Insurance Europe SA/NV**, è una compagnia di assicurazioni autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di stabilimento (Codice Ivass Impresa D975R) ed è soggetta al controllo della National Bank of Belgium.

**Omny Europe S.r.l.** è una società mandataria per la sottoscrizione di rischi assicurativi, nonché agente iscritto nel Registro Unico Intermediari - Sezione A n. A000736630 - in forza del mandato/Binding Authority ricevuto da **Accelerant Insurance Europe SA/NV**.

In forza del predetto contratto a **Omny Europe S.r.l.** sono stati conferiti (tra gli altri) i poteri di sottoscrivere e gestire le polizze di assicurazione, di gestire le eventuali richieste di risarcimento degli assicurati nonché, più in generale, i rapporti con gli assicurati e gli altri intermediari coinvolti nella stipulazione del contratto.

## **SET INFORMATIVO**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO E - OVE PREVISTO - DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

**PRIMADELLASOTTOSCRIZIONELEGGEREATTENTAMENTE ILSET INFORMATIVO**

# Assicurazione della Responsabilità per colpa grave

## Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

**Compagnia:** *Accelerant Insurance Europe SA/NV è una compagnia registrata in Belgio, con sede legale presso Bastion Tower, level 12, Place du Champ de Mars 5, 1050 Bruxelles. È autorizzata dalla Banca Nazionale del Belgio e dalla Financial Services and Markets Authority con numero di registrazione 3193. Accelerant Insurance Europe SA/NV è autorizzata a operare in Italia in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172*

### Prodotto: Assicurazione della Responsabilità per colpa grave

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

#### Che tipo di assicurazione è?

La presente polizza è rivolta al singolo esercente la professione sanitaria, dipendente o operante a qualunque titolo presso una Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, a copertura della responsabilità derivante da colpa grave. 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 (o, in caso di azione diretta, dall'Assicuratore) 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.



#### Che cosa è assicurato?

##### ✓ **Responsabilità civile per colpa grave**

Il patrimonio dell'Assicurato da quanto questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dalla Corte dei Conti o dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria Privata, nonché in caso di rivalsa per responsabilità amministrativa o amministrativo-contabile 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.

✓ **Garanzie aggiuntive opzionali** (operanti solo se attivate dal Contraente e previo pagamento del Premio aggiuntivo):

✓ **Garanzia colpa grave per il personale non più in attività.**

✓ **Condanna in solido con l'Ente di appartenenza:** l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato delle somme che questi sia tenuto a pagare, in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (sentenza, ordinanza, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o la sua Compagnia di Assicurazione e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti in solido tra loro al pagamento di somme a terzi soggetti.

Nel caso di condanna al pagamento di una provvisoria in sede penale, la presente estensione opererà con un sottolimito di indennizzo pari a € 250.000,00.

La presente estensione è operante unicamente nel caso in cui l'Ente di appartenenza 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.

✓ **Chiamata in causa da parte del proprio datore di lavoro:** l'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato delle somme che questi sia tenuto a pagare, in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente









#### Che cosa non è assicurato?

##### La garanzia non opera nel caso di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze:

- ✗ già noti all'Aderente/Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- ✗ relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nel Certificato di Assicurazione.
- ✗ riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Ad eccezione del caso di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- ✗ attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Aderente/Assicurato con dolo;
- ✗ riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute per la professione dichiarata dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- ✗ 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;
- ✗ per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato nei casi in cui la forma scritta sia richiesta da leggi e regolamenti;
- ✗ per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Aderente/Assicurato;
- ✗ basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente/Assicurato;
- ✗ derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione.
- ✗ relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, esplosione o scoppio.

##### Salvo pagamento di un premio aggiuntivo, sono altresì escluse le Richieste di Risarcimento relative a:

- ✗ condanna dell'Aderente/Assicurato in solido con l'Ente di Appartenenza;

<p>Il/Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (sentenza, ordinanza, ingiunzione) emesso nel corso di un procedimento in cui l'Azienda sanitaria, originariamente convenuta dal terzo danneggiato, abbia formulato in giudizio una richiesta di manleva nei confronti dell'Assicurato, oppure, in un separato giudizio rispetto a quello in cui è stata condannata a risarcire il danno al terzo, abbia direttamente convenuto l'Assicurato.</p> <p>La presente estensione è operante unicamente nel caso in cui il procedimento esecutivo sia stato avviato nei confronti dell'Assicurato.</p> <p>L'Assicuratore indennizzerà l'Assicurato, nei modi e nei limiti stabiliti dalle condizioni di assicurazione, fino ad un massimo della somma assicurata, per sinistro e per anno, indicata nella Scheda di Copertura.</p>	<p>✗ chiamata in causa dell'Aderente/Assicurato da parte del proprio datore di lavoro.</p> <p><u>Il presente elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo; per l'elenco completo si rimanda al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione.</u></p> <p> <b>Ci sono limiti di copertura?</b></p> <p>! L'Assicurazione è soggetta a Franchigia stabilita nella Scheda di Copertura che per ogni Richiesta di Risarcimento resta a carico dell'Assicurato.</p> <p>! In caso di vincolo di solidarietà per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, l'Assicurazione copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di regresso dell'Assicurato nei confronti dei condebitori solidali.</p>
<p> <b>Dove vale la copertura?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'Assicurazione è valida per le Richieste di Risarcimento originate da Comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. L'Assicurato deve essere domiciliato in Italia.</li> <li>✓ Il Contraente deve avere sede legale in Italia e gli uffici devono essere ubicati in Italia e le Richieste di Risarcimento e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne devono essere fatte valere in Italia.</li> </ul>	
<p> <b>Che obblighi ho?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al momento della stipula dell'Assicurazione l'Aderente/Assicurato deve fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.</li> <li>- Entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, l'Assicurato/Aderente ha l'obbligo di far pervenire il Modulo di Adesione al broker. La mancata trasmissione del Modulo di Adesione al broker nel termine prescritto o la trasmissione di un Modulo di Adesione che non soddisfi tutti i requisiti indicati in polizza, può comportare la risoluzione espressa del contratto ex art. 1456 c.c.;</li> <li>- In caso di mutamenti che aggravino o diminuiscano il rischio nel corso del Periodo di Assicurazione, il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Assicuratore in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione;</li> <li>- L'Assicurato deve dare avviso all'Assicuratore della cessazione definitiva dell'Attività Professionale;</li> <li>- In caso di sinistro, l'Assicurato, per il tramite del broker, deve darne avviso scritto entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, comunicando anche l'esistenza di eventuali altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio; inoltre, entro lo stesso termine, l'Assicurato è tenuto a dare avviso scritto all'Assicuratore di Fatti e/o Circostanze;</li> <li>- Pena la perdita parziale o totale del diritto all'Indennizzo, l'Assicurato non deve, senza il previo consenso scritto dell'Assicuratore, ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese.</li> </ul>	
<p> <b>Quando e come devo pagare?</b></p> <p>Il Premio deve essere pagato entro la data di decorrenza definita nel Modulo di Adesione a Omnyy. Il pagamento al Broker o all'Agente indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker/Agente abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge. Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge.</p>	
<p> <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b></p> <p>La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati o saranno pagati nei 60 giorni successivi alla data di decorrenza della polizza; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento e cessa alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione.</p> <p>Se l'Aderente/Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del sessantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.</p>	
<p> <b>Come posso disdire la polizza?</b></p> <p>La presente Assicurazione non prevede il tacito rinnovo, il contratto dunque cesserà alla data di scadenza, senza obbligo di disdetta.</p> <p>L'Assicurato/Aderente può recedere dalla Polizza, anche in corso d'anno, dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto di indennizzo, dando un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.</p>	

In caso di vendita a distanza, l'Aderente/Assicurato può recedere dalla polizza esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di pagamento del Premio o dalla trasmissione del Modulo di Adesione debitamente sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, inviando comunicazione scritta a mezzo pec all'intermediario incaricato.

# Assicurazione della Responsabilità per colpa grave

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

Prodotto: Responsabilità civile professionale Colpa grave

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni ultimo disponibile: 02/02/2026

## Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

## Società

**Accelerant Insurance Europe SA/NV.**

Sede legale: Bastion Tower, Place Du Champ de Mars 5, 1050, Brussels, Belgium

**Rappresentanza generale per l'Italia:** Via Pietro Paleocapa n. 1, 20121 Milano - P.IVA: 16084711007 - REA RM 1634070

Sito web: [www.accelins.com](http://www.accelins.com)

E-mail: [italia@accelins.com](mailto:italia@accelins.com)

Telefono: + 39 02 910 94 800

Accelerant Insurance Europe SA/NV – Abilitata ad operare in Italia in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172 del 02.12.2020, ed è autorizzata dalla National Bank of Belgium Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Brussels, tel. +32 2 221 21 11, e-mail: [info@nbb.be](mailto:info@nbb.be), sito web: <https://www.nbb.be/en> e dal Financial Services and Markets Authority Rue du Congrès 12-14, 1000 Brussels, tel. +32(0)2 220 52 11, sito web <https://www.fsma.be/en>

## Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa all'esercizio 2024:

- Patrimonio netto: EUR 81.628.149
- Utile netto: EUR 3.188.730
- Coefficiente di solvibilità: 237%
- La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria di Accelerant è disponibile al seguente link: <https://accelerant.ai/regulatory-publications/>

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto



### Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto dichiarato nel DIP Danni si forniscono le ulteriori informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta. Le seguenti garanzie sono sempre operanti e incluse nel pagamento del Premio:

- Le prestazioni sanitarie svolte in regime di **libera professione intramuraria**, ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la **telemedicina**;
- Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile dell'Aderente/Assicurato;
- **Interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana**, indipendentemente dal giudizio di colpa grave;
- **Ultrattività in caso di cessazione dell'Attività Professionale—Protezione di eredi e tutori.**
- **Estensione continuità di copertura.**

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

## OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

L'Assicurato attivando la garanzia **Condanna in solido con l'Ente di appartenenza** e/o **Chiamata in causa da parte del proprio datore di lavoro** dichiara di cedere all'Assicuratore tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Ente di appartenenza e/o della sua Impresa di Assicurazione per il recupero delle somme versate per suo conto in virtù delle suddette estensioni.



### Che cosa NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

#### Ad integrazione di quanto dichiarato nel DIP Danni si precisa che la garanzia non opera nel caso di Richieste di Risarcimento:

- ✗ per Danni sofferti da soggetti non considerati Terzi.
- ✗ relative ad 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'Aderente/Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare;
- ✗ 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;
- ✗ 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;
- ✗ conseguenti ad inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- ✗ 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);
- ✗ 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;
- ✗ 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;
- ✗ In nessun caso gli Assicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, a soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituisca 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.



### Ci sono limiti di copertura?

! Agli effetti dell'applicazione della Franchigia più Richieste di Risarcimento presentate all'Assicurato o all'Assicuratore in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti errori od omissioni (nel secondo caso).

! L'Assicuratore non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per i legali, periti o consulenti che non siano dallo stesso designati o autorizzati.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è rivolto al singolo esercente la professione sanitaria, dipendente o operante a qualunque titolo presso una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata, a copertura della responsabilità per colpa grave.



### Quali costi devo sostenere

La quota parte percepita in media dall'Intermediario per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari al 35 %. Il premio assicurativo è comprensivo di ogni costo e onere fiscale.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore ai seguenti indirizzi: <b>Accelerant Europe SA/NV</b> Bastion Tower, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Pietro Paleocapa n. 1, 20121 Milano. E-mail: <a href="mailto:reclami@accelins.com">reclami@accelins.com</a> La funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue: Istituto Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) Servizi Tutela degli Utenti Via del Quirinale 21 00187 Roma Italia Tel.: 800 486661 (dall'Italia), Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero) Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353, E-mail: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link: <a href="http://www.ivass.it">http://www.ivass.it</a> nella sezione Guida ai Reclami  I reclami di competenza IVASS possono anche essere presentati al <i>Financial Services and Pension Ombudsman</i> , Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29 accedendo al seguente indirizzo web <a href="https://www.fspo.ie/make-a-complaint/">https://www.fspo.ie/make-a-complaint/</a> . È possibile accedere al modulo per la presentazione dei reclami al <i>Financial Service and Pension Ombudsman</i> al seguente indirizzo web <a href="https://www.fspo.ie/complaint-form.aspx">https://www.fspo.ie/complaint-form.aspx</a> .

### PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

<b>Arbitro Assicurativo</b>  <b>OPPURE</b>  <b>diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET</b>	Presentando ricorso: <ul style="list-style-type: none"><li>- all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (<a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a>) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile</li></ul> oppure <ul style="list-style-type: none"><li>- al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.</li></ul>
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- indicare le modalità di attivazione e di funzionamento di ciascun sistema alternativo di risoluzione delle controversie (ad es. arbitrato) se previsti dal contratto o dalla normativa applicabile;</li><li>- indicare che per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</li></ul>

### REGIME FISCALE

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	Gli oneri fiscali sono a carico del Contraente. Il premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore: 21,25% (oltre 1% quale addizionale al fondo antiracket).
---	--

### Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

<p><b>Diritto all'oblio oncologico</b></p>	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</p> <p>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <a href="https://accelerant.ai/oblio-oncologico/">https://accelerant.ai/oblio-oncologico/</a></p>
<p><b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b></p>	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
<p><b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b></p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.</p> <p>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

#### **AVVERTENZE**

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



**Responsabilita' Civile professionale**  
**Colpa Grave Medica**  
**Prodotto: RC Professionale Colpa Grave Medica**

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

### Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

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

- 1 di esercitare la professione sanitaria indicata nel Modulo di Adesione con regolare iscrizione in corso di validità al relativo Ordine Professionale o in alternativa di esercitare la propria attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria in qualità di Direttore Generale o Amministrativo o Sanitario.
- 2 di esercitare la predetta attività presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria.
- 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'Aderente/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 qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori	Come da Dichiarazione di Coassicurazione
Aderente/Assicurato	L'esercente la professione sanitaria come indicato nel Modulo di Adesione che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nella Scheda di Copertura, presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria pubblica o privata, o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione, incluso tirocinante, lo specializzando, lo stagista e il personale sanitario non medico che corrisponde al personale dipendente e non dipendente, escluso personale medico, che esercita una professione sanitaria o di interesse sanitario, sociosanitario o socio-assistenziale. A puro titolo indicativo non esaustivo, con particolare riferimento alla legge Lorenzin: Assistente Sanitario, Assistente Sociale, Biologo, Biologo della riproduzione, Dietista Educatore professionale, Fisioterapista, Igienista dentale, Infermiere Logopedista, Operatore Sanitario, Ortottista, Ostetrica, Podologo Psicologo, Tecnico audiometrista, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare, Tecnico della prevenzione nell'ambiente nei luoghi di lavoro, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Tecnico ortopedico, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di neurofisiopatologia, Tecnico sanitario di radiologia medica, Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Terapista occupazionale; come normato dalla legge 251/2000 e dal decreto ministeriale del 29/3/2001 e s.m.i. di cui ai decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali. Operatori

	<p>qualificati secondo quanto previsto dall' Accordo, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la revisione del profilo dell'operatore sociosanitario istituito con Accordo sancito il 22 febbraio 2001, approvato in data 3/10/2024 e recepito con DPCM in data 25/03/2025. Assistenti infermieri qualificati istituito dall' Accordo, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3/10/2024 e recepito con DPCM in data 28/02/2025. Assistente sociale come qualificato dalla legge n. 84 del 23/3/1983 e in possesso de diploma universitario sancito secondo le caratteristiche dell'art. n. 2 della legge 341 del 19/11/1990 e s.m.i. Per la copertura Perdite Patrimoniali si intende anche il Direttore Generale, Sanitario o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitari Pubblica</p>
<b>Assicurazione</b>	La copertura assicurativa offerta dalla Polizza / Convenzione agli Aderenti / Assicurati.
<b>Attività Professionale</b>	L'attività sanitaria svolta dall'Aderente/Assicurato presso una struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica o Privata o altro Ente appartenente alla Pubblica Amministrazione inclusa l'attività di Direttore Generale o Amministrativo o Sanitario di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria.
<b>Broker/Agente</b>	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza/Convenzione indicato nella Scheda di Copertura.
<b>Certificato di Assicurazione</b>	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 e il Premio con le relative imposte governative.
<b>Comportamento Colposo</b>	il fatto, l'atto, l'omissione o il ritardo da cui possano scaturire Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze come sotto definite.
<b>Comunicazione Formale</b>	la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata (pec) della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Aderente/Assicurato
<b>Contraente della Polizza/Convenzione</b>	la persona giuridica che contrae la Polizza/Convenzione a favore degli Aderenti/Assicurati.
<b>Fatti e/o Circostanze</b>	<p>quella che per prima, tra i seguenti accadimenti, viene a conoscenza dell'Aderente/Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Aderente/Assicurato la volontà di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave, che non abbiano già formato oggetto di risarcimento;</li> <li>• 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 Comportamento 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;</li> <li>• 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.</li> <li>• 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,;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria, o la Compagnia assicurativa di quest'ultima, informa l'Aderente/Assicurato dell'instaurazione di un giudizio da parte di un terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13, Legge Gelli);</li> <li>• La Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria, o la Compagnia assicurativa di quest'ultima, informa l'Aderente/Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali con un terzo per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo ai fini dell'azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa per colpa grave (art. 13, Legge Gelli);</li> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico</li> <li>• il ricevimento da parte dell'Aderente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione, l'invito a partecipare ad una procedura di negoziazione assistita e la domanda di arbitrato;</li> <li>• la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenere responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL</li> <li>• Esclusivamente in relazione alle garanzie aggiuntive di cui all'appendice C (copertura per il caso di condanna in solido con l'ente di appartenenza) e all'appendice D (copertura per il caso di chiamata in causa da parte del proprio datore di lavoro) della presente Assicurazione, sono considerati Fatti e/o Circostanze anche quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, informazione di garanzia, esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990 n. 285, indagini, anche interne alla Direzione Sanitaria) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Aderente/Assicurato che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento in conseguenza dell'Attività Professionale svolta dall'Aderente/Assicurato.</li> </ul>
<p><b>Danno</b></p>	<p>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.</p>

<b>Danno Erariale</b>	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.
<b>Denuncia di Sinistro</b>	la notifica, inviata dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza/Convenzione
<b>Loss Adjuster</b>	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri
<b>Massimale</b>	la somma massima, indicata nel Certificato di Assicurazione, che gli Assicuratori sono tenuti a pagare per ogni Aderente/Assicurato ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri, incluso il caso di Sinistri in serie, pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.
<b>Modulo di Adesione</b>	il Modulo con il quale il Contraente/Aderente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare o di aderire alla Polizza/Convenzione riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.
<b>Perdite Patrimoniali</b>	il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
<b>Periodo di Assicurazione</b>	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Certificato di Assicurazione, per il quale è stato pagato il Premio. È 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)
<b>Periodo di Efficacia</b>	il periodo, entro il quale deve collocarsi il Comportamento Colposo, intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nel 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).
<b>Polizza/Convenzione</b>	il presente documento che disciplina i rapporti assicurativi tra Assicuratori, Contraente e Aderenti/Assicurati, e che unitamente alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.
<b>Premio</b>	la somma dovuta dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori.
<b>Responsabilità amministrativa</b>	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.
<b>Responsabilità amministrativo-contabile</b>	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.

<p><b>Richiesta di Risarcimento</b></p>	<p>Il primo tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☒ l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave.</li> <li>☒ la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Aderente/Assicurato la volontà di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave, che abbiano già formato oggetto di risarcimento;</li> <li>☒ la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Aderente/Assicurato per colpa grave.</li> <li>☒ 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.</li> </ul> <p>Esclusivamente in relazione alle garanzie aggiuntive di cui all'appendice C (copertura per il caso di condanna in solido con l'ente di appartenenza) e all'appendice D (copertura per il caso di chiamata in causa da parte del proprio datore di lavoro) della presente Assicurazione sono considerate Richieste di Risarcimento anche le seguenti evenienze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 Comportamento 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;</li> <li>- 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.;</li> <li>- il ricevimento da parte dell'Aderente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione, l'invito a partecipare a una procedura di negoziazione assistita o una domanda di arbitrato;</li> <li>- La notifica all'Aderente/Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile.</li> </ul>
<p><b>Scheda di Copertura</b></p>	<p>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</p>
<p><b>Sinistro</b></p>	<p>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</p>
<p><b>Sinistri in serie</b></p>	<p>Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso). In caso di Sinistri in Serie, la data in cui ha luogo la prima Richiesta di Risarcimento regolarmente denunciata all'Assicuratore sarà considerata come data di tutte le successive Richieste di Risarcimento, seppur notificate all'Aderente/Assicurato in epoche diverse e successive anche dopo la data di cessazione della presente Assicurazione.</p>

<b>Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria</b>	Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso delle autorizzazioni previste 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 Nazionale anche attraverso la telemedicina.
<b>Terzo</b>	Ogni persona diversa dall'Aderente/Assicurato, compresi i pazienti, non sono considerati terzi <ul style="list-style-type: none"> <li>• il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Aderente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;</li> <li>• i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'Aderente/Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni quali pazienti.</li> </ul>

Le definizioni di cui sopra sono state redatte in osservanza di quanto previsto all'art. 166 codice delle Assicurazioni Private 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 (o, in caso di azione diretta, all'Assicuratore) 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.

Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla fine di tale periodo, nessuna denuncia di Sinistro potrà essere accolta.

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

In opzione è acquistabile la retroattività illimitata. La garanzia è operante se è richiamata nella Scheda di Copertura e se ne è stato corrisposto il relativo premio pari al 15% del premio di polizza con retroattività decennale.

#### Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, prestano l'Assicurazione nella forma «claims made» e si obbligano a tenere indenne l'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'Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata.

Gli Assicuratori, fino alla concorrenza del Massimale prescelto, come riportato nel Modulo di Proposta e nella Scheda di Copertura, si obbligano altresì a tenere indenne l'Assicurato in caso di rivalsa per responsabilità amministrativa o amministrativo/contabile 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, incluse 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 Aderenti/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, anche a seguito di una sentenza di primo grado.

#### 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

Posto 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 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'Aderente/Assicurato con dolo;
- c) riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute per la professione dichiarata 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 nei casi in cui la forma scritta sia richiesta da leggi e regolamenti;
- g) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Aderente/Assicurato;
- h) basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Aderente/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 e altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Aderente/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 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'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, a soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire o effettuare alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, qualora detta copertura pagamento o indennizzo costituisca 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 per colpa grave dell'Assicurato con altri soggetti, la presente Assicurazione copre la responsabilità per l'intero, salvo il diritto di surrogazione dell'Assicuratore nel diritto di regresso dell'Assicurato nei confronti dei codebitori solidali..

#### 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, assicurabile con la presente Assicurazione, 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 nel Certificato di Assicurazione, senza nessun Premio aggiuntivo 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 un'Attività Professionale assicurabile ai termini della presente Assicurazione.

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

#### Articolo 10      CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dal proponente sulla piattaforma web del Broker concorrono a formare/integrare 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 e 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 DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Qualora il presente contratto sia stato promosso o collocato mediante il regime della vendita a distanza, 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:

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

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

- comunicare la propria decisione al Broker via pec dichiarando altresì di non essere a conoscenza di Danni, Fatti o Circostanze avvenute nel periodo;
- restituire al Broker i documenti assicurativi originali eventualmente ricevuti tramite raccomandata con ricevuta di ritorno/pec entro 15giorni 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 può trattenere 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.

Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento, tutti gli eventuali Sinistri non saranno indennizzati.

#### 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. Nel frattempo l'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.

Se la variazione del rischio deriva 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 e 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 sottoscritto dall'Assicurato 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, può comportare la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza del Certificato di Assicurazione:

- a) Firma autografa o digitale dell'Aderente/Assicurato 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 e 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

Se esistono 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, questa 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.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (art. 1915 C.C.)

Ai fini della presente assicurazione, gli Assicuratori eleggono domicilio ex art. 47 del Codice Civile presso:

**Capanna Group S.r.l.**

**Viale G. Mameli 6, 57127 Livorno Italia**

**Indirizzo email: [omnyypiclaims@capanna.it](mailto:omnyypiclaims@capanna.it)**

**Telefono no: +39 0586 894132.**

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'Aderente/Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Dopo ogni denuncia di un Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, l'Assicurato/Aderente può recedere da questo contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni. Il preavviso potrà essere dato mediante l'intermediario indicato nella Scheda di Copertura. Non è previsto il rimborso della frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.

In vigenza della polizza e nel periodo di ultrattività della stessa, l'Assicuratore non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia del Sinistro o del suo risarcimento.

L'Assicuratore può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Assicurato per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del Danno. Non è previsto il rimborso della frazione del **Premio** relativa al periodo di rischio non corso né degli oneri fiscali.

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'Aderente/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 o comunque tenuti per legge o per contratto. 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 E/O DEI CERTIFICATI DI ASSICURAZIONE

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

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

#### Articolo 21 CLAUSOLA BROKER/AGENTE

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker/Agente si intenderà come fatta alla Compagnia, facendo fede per la copertura la data risultante dal modulo di adesione debitamente sottoscritto dall'Assicurato se il premio di polizza è stato pagato entro 5 giorni lavorativi da detta data, in alternativa la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento. Ogni comunicazione fatta dal Broker/Agente alla Compagnia, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso”

#### 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 farà 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/CONVENZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il 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.

#### Articolo 24 AZIONE DIRETTA –ECCEZIONI OPPONIBILI AL TERZO DANNEGGIATO

In caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'Assicuratore ai sensi dell'art. 12 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, sono opponibili al danneggiato le seguenti eccezioni:

a. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività diverse dall'Attività Professionale così come presentata all'Assicuratore nel Modulo di Adesione;

- b. fatti generatori di responsabilità verificatisi e le Richieste di Risarcimento presentate al di fuori del Periodo di Assicurazione, incluso il periodo di retroattività e, se previsto, il periodo di ultrattività;
- c. le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'art. 1, comma 1, lett. q) ed r), con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'art. 10 della Legge 8 marzo 2017, n. 24.
- d. il mancato pagamento del Premio.

Non sono opponibili al danneggiato, per l'intero massimale di polizza, eccezioni derivanti dal contratto diverse da quelle indicate al presente articolo, salvo il diritto di rivalsa dell'Assicuratore nei confronti dell'Aderente/Assicurato.

#### Appendice A - sempre operante - ESTENSIONE CONTINUITA' COPERTURA

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini 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 del Certificato di Assicurazione, anche se derivanti da Fatti e/o Circostanze, che fossero noti all'Aderente/Assicurato prima della decorrenza del Certificato di Assicurazione, 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 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'Aderente/Assicurato e l'ommissiva dichiarazione nel Modulo di Adesione non siano dovuti a dolo.

**Appendice B - GARANZIA COLPA GRAVE PER IL PERSONALE NON PIU' IN ATTIVITA'**  
*valida se attivata e se ne è stato pagato il relativo premio*

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 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 Scheda di Copertura, 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.

**Appendice C - COPERTURA PER IL CASO DI CONDANNA IN SOLIDO CON L’ ENTE DI APPARTENENZA**  
*valida se attivata e se ne è stato pagato il relativo premio*

La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l’Assicurato sia 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 250.000,00 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 e 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 e impegna l’Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa diversa da quella grave 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.

**Appendice D - COPERTURA PER IL CASO DI CHIAMATA IN CAUSA DA PARTE DEL PROPRIO DATORE DI LAVORO**  
*valida se attivata e se ne è stato pagato il relativo premio*

La Società, fino alla concorrenza del massimale assicurato in polizza, indennizza le somme che l’Assicurato sia 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) emesso nel corso di un procedimento in cui l’Azienda Sanitaria, originariamente convenuta dal terzo danneggiato, abbia formulato in giudizio una richiesta di manleva nei confronti dell’Assicurato oppure, in un separato giudizio rispetto a quello in cui è stata condannata a risarcire il danno al terzo, abbia direttamente convenuto l’Assicurato.

Il sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora il procedimento esecutivo sia stato avviato nei confronti dell’Assicurato.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere all'assicuratore tutti i propri diritti e 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 e impegna l'Azienda di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa diversa da quella grave 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 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:**

- 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;
- di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa Polizza/Convenzione:

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

Data	Il Contraente
	.....

Il Contraente dichiara, altresì, di avere ricevuto il Set informativo composto da DIP Danni, DIP Aggiuntivo Danni, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e facsimile di Proposta-Questionario.

Anche agli effetti degli articoli 1892 e 1893, il Contraente dichiara, per conto proprio e per conto di ogni Assicurato dopo appropriati accertamenti, di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare Richieste di Risarcimento di cui alle lettere a) e b) della relativa definizione da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale propria

con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza della presente Assicurazione, anche ove ne disconoscesse la riferibilità al comportamento del Contraente stesso, dell'Assicurato dei rispettivi ausiliari, salvo quanto diversamente indicato nella Proposta-Questionario.

Data	Il Contraente
	.....

L'Agente Coverholder autorizzato da  
ACCELERANT INSURANCE EUROPE SA

**omnyy**<sup>®</sup>  
europe S.r.l.  


## ACCELERANT - INFORMATIVA PRIVACY SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

## 1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Accelerant Insurance Europe SA/NV - Rappresentanza Generale per l'Italia («Accelerant») è la filiale italiana di Accelerant Insurance Europe SA/NV, soggetta alla vigilanza sulla condotta da parte dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) con codice D975R, numero di iscrizione I.00172, con sede in Via Pietro Paleocapa 1, 20121 Milano, Italia.

Accelerant si impegna a proteggere i Suoi dati personali e a trattarli in modo lecito, sicuro e trasparente, in conformità con la normativa vigente in materia di protezione dei dati.

La presente Informativa Privacy descrive le modalità con cui riceviamo, utilizziamo, condividiamo, conserviamo e proteggiamo i dati personali da Lei forniti o da noi raccolti. Essa riassume inoltre i principali diritti a Lei riconosciuti ai sensi del [Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati](#) ("GDPR").

Ulteriori informazioni sulle modalità con le quali trattiamo i dati personali sono disponibili nell'informativa privacy pubblicata sul nostro sito web: <https://accelerant.ai/privacy-policy/>.

## 2. ORIGINE DEI DATI PERSONALI

L'origine dei Suoi dati personali varia in base alle modalità di emissione e gestione della polizza assicurativa. Nella maggior parte dei casi, riceviamo i Suoi dati in via indiretta tramite i nostri partner assicurativi autorizzati (incluso Omny Europe S.R.L.), nonché tramite il broker assicurativo o il sub-distributore da Lei incaricato.

Possiamo inoltre ricevere dati direttamente da Lei quando interagisce con noi, ad esempio quando visita il nostro sito web o ci contatta volontariamente.

I Suoi dati personali possono inoltre esserci forniti da altri soggetti, quando rilevante e legalmente consentito, quali:

- individui o organizzazioni a Lei collegate (famiglia, datore di lavoro, rappresentante legale o partner commerciali);
- banche dati riconosciute per lo screening antifrode e sanzioni;
- autorità pubbliche, autorità di vigilanza o forze dell'ordine, quando richiesto;
- in caso di sinistro: reclamanti, testimoni, periti (inclusi medici o legali), liquidatori e consulenti legali;
- fonti pubbliche o non pubbliche che siano lecitamente accessibili (incluse informazioni disponibili online o in registri ufficiali).

## 3. DATI PERSONALI CHE TRATTIAMO

I dati personali che trattiamo dipendono principalmente da ciò che è necessario per emettere, amministrare o verificare l'assicurazione e i servizi di gestione dei sinistri svolti per nostro conto dai nostri partner assicurativi.

Potremmo ricevere e trattare le seguenti categorie di dati, quando rilevanti e legalmente consentito:

- dati identificativi (es. nome, data di nascita, indirizzo, nazionalità),
- dettagli di contatto (es. telefono, e-mail),
- identificativi ufficiali richiesti per finalità assicurative o regolamentari (es. Codice Fiscale, numeri di documento di identità o di patente, ecc.),
- dati di polizza (es. preventivi, dettagli di copertura, assicurati),

- informazioni professionali o aziendali (es. attività, licenze o qualifiche quando l'assicurazione riguarda un'impresa/professione),
- dati finanziari (es. dettagli di fatturazione, informazioni bancarie o di strumenti di pagamento, se richiesto),
- dati di screening antifrode e sanzioni (es. controlli su banche dati o indicatori di rischio forniti da partner conosciuti per le attività di screening assicurativo),
- dati relativi ai sinistri (es. documentazione a supporto, soggetti coinvolti, testimoni o esperti),
- dati accessibili pubblicamente ottenuti da registri ufficiali detenuti per finalità di vigilanza assicurativa, gestione del rischio o prevenzione delle frodi,
- qualsiasi informazione aggiuntiva fornita volontariamente da Lei tramite i nostri partner assicurativi, il Suo broker o quando ci contatta direttamente.

I dati appartenenti a categorie particolari (es. informazioni relative alla salute o biometriche) e i dati relativi a condanne penali sono trattati solo laddove strettamente necessario per finalità assicurative, sulla base di un fondamento giuridico valido o con il Suo consenso esplicito.

## 4. PERCHÉ TRATTIAMO I DATI PERSONALI

Accelerant agisce come Titolare del trattamento per il trattamento dei Suoi dati personali laddove ciò sia richiesto per gestire le polizze assicurative emesse e amministrare dai propri partner assicurativi autorizzati.

Trattiamo i dati personali solo quando esiste una chiara finalità assicurativa o regolamentare e una valida base giuridica ai sensi del GDPR, per:

- sottoscrizione della polizza, emissione e gestione dell'attività amministrativa relativa alla polizza: per eseguire il contratto assicurativo da Lei richiesto (Art. 6(1)(b) GDPR);
- controlli antifrode, sanzioni o crimini finanziari nel ciclo di vita assicurativo: quando richiesto dalla legge o necessario per proteggere legittimi interessi assicurativi (Art. 6(1)(c) e 6(1)(f) GDPR);
- supervisione assicurativa, monitoraggio del rischio, analisi e statistiche: per monitorare i partner commerciali e migliorare i prodotti, effettuando l'attività con controllo umano e presidi bilanciati (Art. 6(1)(f) GDPR);
- adempimenti regolamentari, di revisione contabile e di vigilanza: quando siamo legalmente obbligati a rispondere alle autorità, alle autorità di vigilanza o ai revisori (Art. 6(1)(c) GDPR);
- valutazione, indagine e liquidazione dei sinistri: per gestire il sinistro in base al contratto prevenendo al contempo le frodi, effettuando i relativi controlli con interventi umani (Art. 6(1)(b) e 6(1)(f) GDPR);
- operazioni societarie che incidono sulle polizze o sui sinistri: comunicate solo quando fanno parte di due diligence obbligatorie o di obblighi di cessione (Art. 6(1)(c) GDPR);
- comunicazioni da Lei richieste: per rispondere a richieste inviate direttamente da Lei o tramite il Suo intermediario assicurativo (Art. 6(1)(f) GDPR).

Ricorriamo al legittimo interesse solo quando il trattamento è necessario e proporzionato e non prevale sui Suoi diritti alla privacy. Può opporsi a tale trattamento in qualsiasi momento. Tuttavia,

un'opposizione può limitare la nostra capacità di emettere, valutare o amministrare la polizza o di gestire i sinistri.

## 5. COSA SUCCEDA SE I DATI PERSONALI NON VENGONO FORNITI

Accelerant richiede il trattamento dei Suoi dati personali per diverse finalità, tra cui valutare il rischio assicurabile, gestire l'emissione e l'amministrazione della Sua polizza assicurativa, rispondere alle richieste e verificare i sinistri, ove applicabile.

Se non ci vengono forniti i dati necessari, non saremo in grado di svolgere tali attività e, di conseguenza, non potremo comunicare con Lei, valutare il rischio relativo alla Sua richiesta assicurativa (il che potrebbe comportare il rifiuto di un preventivo o di una proposta di polizza) o adempiere ai nostri obblighi contrattuali previsti dalla Sua polizza assicurativa.

## 6. CON CHI CONDIVIDIAMO I DATI PERSONALI

Accelerant può condividere i Suoi dati personali solo quando necessario per finalità assicurative regolamentate e sempre utilizzando un meccanismo lecito ai sensi del GDPR.

Accelerant può condividere i Suoi dati personali all'interno del gruppo con altre società affiliate che svolgono servizi per nostro conto, incluse entità che forniscono supporto tecnico, operativo o amministrativo. Ove necessario, i dati possono inoltre essere condivisi con partner di servizi esterni che supportano le operazioni assicurative, quali fornitori di tecnologia, consulenti legali, società di revisione, consulenti, fornitori di servizi finanziari o amministrativi, riassicuratori che partecipano al collocamento del rischio, distributori assicurativi che agiscono in virtù di specifico mandato, agenti autorizzati che gestiscono o amministrano sinistri sotto il nostro controllo e intermediari che fanno parte della catena di distribuzione assicurativa, incluso/i il/i broker assicurativo/i da Lei nominato/i.

Potremmo inoltre divulgare i dati quando sussista una base giuridica, compreso su Sua richiesta, per la protezione o difesa di diritti, per la prevenzione di frodi o crimini finanziari correlati all'attività assicurativa e per rispettare obblighi di trasparenza regolamentare, di revisione o obblighi societari, quando richiesto o consentito dalla normativa assicurativa o da altre leggi applicabili.

Tutte le comunicazioni sono limitate al minimo dei dati necessario, con adeguate misure di sicurezza e garanzie contrattuali, ove pertinenti.

## 7. TRASFERIMENTI DEI DATI ALL'ESTERO

Alcune società collegate al gruppo, partner o fornitori di servizi che supportano le nostre attività operative possono trovarsi al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE).

Per i trasferimenti verso terzi al di fuori del SEE, applichiamo specifici presidi contrattuali, e in particolare le [Clausole Contrattuali Tipo dell'UE \(SCC\)](#). In situazioni eccezionali, i trasferimenti possono anche basarsi su deroghe consentite dal GDPR.

Condividiamo solo il minimo dei dati richiesti e si applicano misure di sicurezza a ogni trasferimento, ove opportuno. Potrà richiedere informazioni sui meccanismi di trasferimento utilizzati nel Suo caso contattando il nostro Group Data Protection Officer.

## 8. PROFILAZIONE E DECISIONI AUTOMATIZZATE

Accelerant non adotta decisioni basate unicamente su trattamenti automatizzati o sulla profilazione nel ciclo di vita assicurativo. Tutte le decisioni di sottoscrizione e di gestione dei sinistri che riguardano la Sua polizza assicurativa o il Suo sinistro sono confermate tramite revisione

e approvazione umana. Alcuni partner assicurativi autorizzati, che agiscono per nostro conto, possono utilizzare sistemi leciti di analisi assicurativa o strumenti riconosciuti di screening antifrode/sanzioni a supporto della determinazione del rischio o della gestione dei sinistri, ma tali strumenti non producono esiti senza una validazione umana da parte del sottoscrittore o del gestore dei sinistri che gestisce il Suo fascicolo.

Potrà richiedere informazioni generali su come la Sua polizza o il Suo sinistro sono stati valutati o gestiti utilizzando i contatti del Group Data Protection Officer indicati nella presente Informativa alla Sezione 9 che segue.

## 9. I SUOI DIRITTI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI E I CONTATTI DEL GROUP DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

Quando Accelerant tratta dati personali nell'ambito di servizi assicurativi regolamentati, Lei e qualsiasi beneficiario coperto da polizza godete di diritti in materia di protezione dei dati. Questi includono il diritto di richiedere una copia dei Suoi dati, correggere eventuali inesattezze, chiedere la cancellazione quando la legge lo consente, sospendere il trattamento in situazioni specifiche, trasferire i Suoi dati a un altro fornitore quando applicabile od opporsi quando il trattamento si basa sul legittimo interesse.

Ha inoltre il diritto di chiedere come la Sua polizza o il Suo sinistro sono stati gestiti, poiché le decisioni sono sempre soggette a revisione umana da parte del partner autorizzato a sottoscrivere il rischio o gestire i sinistri che amministra il Suo fascicolo. Se in precedenza ha fornito il Suo consenso, può revocarlo, senza tuttavia pregiudicare il trattamento già effettuato.

Per esercitare i Suoi diritti, può contattare il Group Data Protection Officer di Accelerant all'indirizzo e-mail [DPO@accelins.com](mailto:DPO@accelins.com) o per posta a: Bastion Tower, Piano 12, Place du Champ de Mars 5, 1050 Elsenne, Belgio. Se desidera presentare la Sua richiesta per posta dall'Italia, può anche scrivere alla filiale italiana, che inoltrerà la richiesta al team Data Protection.

Può inoltre presentare un reclamo o inoltrare una richiesta all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali, via e-mail a [protocollo@gdpo.it](mailto:protocollo@gdpo.it) o per posta a Piazza Venezia 11, 00187 Roma, Italia.

## 10. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Conserviamo i Suoi dati personali solo per il tempo necessario all'emissione o alla gestione della Sua polizza, dei sinistri, al rispetto degli obblighi regolamentari assicurativi o all'accertamento o alla difesa dei diritti connessi alla polizza. I periodi di conservazione potranno essere rivisti quando richiesto dalla normativa assicurativa o da altra legge applicabile.

## 11. DICHIARAZIONE DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa in merito al trattamento dei dati personali, rilasciata ai sensi dell'art. 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

Data: .../.../...

Firma leggibile per esteso (Nome e Cognome) preceduta dalla dicitura "Per presa visione"

## **Clausola di Coassicurazione e Delega**

Si prende atto e si conviene che, tra i Coassicuratori, il Lead avrà l'autorità di amministrare la presente polizza e di esercitare le funzioni, i poteri e le discrezionalità ad esso espressamente conferiti dalla presente clausola. Nulla nella presente clausola opererà in modo tale da aumentare, modificare o estendere i diritti del Contraente, di qualsiasi Assicurato o di terzi ai sensi della polizza, né da incidere su eventuali diritti o tutele inderogabili del Contraente, di qualsiasi Assicurato o di terzi, ovvero su eventuali obblighi legali o regolamentari inderogabili di ciascun Coassicuratore ai sensi della normativa applicabile.

In caso di qualsiasi incoerenza tra la presente clausola e qualsiasi altra disposizione della polizza, tale altra disposizione prevarrà nella misura in cui riguardi l'ambito della copertura prestata al Contraente e agli Assicurati, mentre la presente clausola prevarrà tra i Coassicuratori in relazione ai rispettivi diritti, obblighi e alla gestione dell'accordo di coassicurazione, fatto sempre salvo quanto previsto dalla normativa inderogabile applicabile.

### **1. Ripartizione del rischio**

Il rischio coperto dalla presente polizza è sottoscritto in coassicurazione tra Accelerant Insurance Europe SA/NV (di seguito il "Lead") per una quota del 50% e REVO Assicurazioni S.p.A. (di seguito il "Follow") per una quota del 50%. Ciascun Coassicuratore sarà responsabile esclusivamente per la propria quota del 50%, con espressa esclusione di qualsiasi responsabilità solidale ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile.

A scanso di equivoci, nessun Coassicuratore sarà responsabile per le obbligazioni, l'insolvenza o l'inadempimento dell'altro Coassicuratore, e nessun Coassicuratore sarà tenuto a finanziare, adempiere o eseguire la quota di responsabilità dell'altro, salvo quanto espressamente concordato per iscritto.

### **2. Delega di autorità**

Il Follow conferisce con la presente al Lead un mandato irrevocabile, che il Lead accetta, ad agire in nome e per conto di entrambi i Coassicuratori in relazione alla gestione della presente polizza.

Tale mandato resterà in vigore per la durata della presente polizza e successivamente per il tempo necessario alla gestione di eventuali sinistri, reclami, notifiche, recuperi o altre questioni derivanti da o connesse alla presente polizza, salvo cessazione anticipata per effetto di legge o ai sensi della presente clausola.

A tali fini, il Lead avrà il diritto di gestire i rapporti con il Contraente, gli Assicurati e i terzi rilevanti, di sottoscrivere la polizza e qualsiasi appendice, allegato, modifica e rinnovo, nonché di incassare e amministrare i premi per conto di entrambi i Coassicuratori.

Senza limitazione alcuna, il Lead avrà piena autorità, per conto di entrambi i Coassicuratori, di amministrare la polizza, impartire istruzioni al broker e/o al TPA, nominare e impartire istruzioni a periti, avvocati, esperti, investigatori e altri fornitori di servizi, determinare e modificare le riserve, effettuare determinazioni sulla copertura, assumere decisioni in merito alla responsabilità e al quantum, concordare e attuare strategie di liquidazione, effettuare pagamenti, emettere dinieghi, concordare transazioni e adottare ogni altra misura che il Lead ritenga ragionevolmente necessaria o opportuna in relazione alla gestione, amministrazione e definizione di qualsiasi sinistro, reclamo o notifica.

Qualsiasi atto o decisione del Lead nell'ambito del suddetto mandato sarà vincolante per il Follow nei limiti della propria quota del 50%.

Il Follow eseguirà tempestivamente qualsiasi documento e compirà qualsiasi atto ragionevolmente necessario per dare piena efficacia al mandato e a qualsiasi atto o decisione del Lead adottati nell'ambito dello stesso.

Qualsiasi modifica ai termini e alle condizioni della polizza dovrà essere preventivamente sottoposta al Coassicuratore per approvazione.

### **3. Gestione dei sinistri e dei reclami**

La gestione, amministrazione, trattazione e liquidazione di tutti i sinistri derivanti da o connessi alla presente polizza saranno affidate esclusivamente al Lead, che agirà tramite il TPA Capanna Group S.r.l. Il Lead potrà in qualsiasi momento sostituire il TPA con altro gestore sinistri adeguatamente qualificato mediante comunicazione scritta al Follow.

Le decisioni adottate dal Lead in relazione ai sinistri saranno vincolanti per il Follow nei limiti della propria quota del 50%, incluse le decisioni relative a copertura, responsabilità, pagamenti, dinieghi di indennizzo, transazioni e, ove applicabile, pagamenti ex gratia.

A scanso di equivoci, la delega sopra indicata include la facoltà di formulare riserve di diritti, emettere dinieghi di indennizzo, effettuare ammissioni e disporre pagamenti ex gratia qualora il Lead determini ragionevolmente che tali pagamenti siano commercialmente appropriati in relazione alla gestione o definizione di un sinistro o di un reclamo.

Il Lead sarà altresì responsabile della gestione e definizione dei reclami relativi ai sinistri ai sensi della presente polizza, inclusi i reclami che coinvolgono IVASS, e tali decisioni saranno vincolanti per il Follow nei limiti della propria quota del 50%.

Il Lead agirà quale primo punto di contatto per i sinistri e per i reclami relativi ai sinistri ai sensi della presente polizza e coordinerà la gestione di tali reclami per conto dei Coassicuratori. Qualsiasi risposta a reclamo o corrispondenza regolamentare predisposta dal Lead sarà vincolante tra i Coassicuratori, fermo restando che nulla nella presente clausola pregiudicherà eventuali obblighi inderogabili in materia di gestione dei reclami imposti dalla normativa applicabile a ciascun Coassicuratore.

Le parti coopereranno in buona fede in relazione alla gestione dei reclami e alle relative comunicazioni regolamentari e potranno concordare di volta in volta procedure operative ritenute appropriate.

In attesa della definizione di tali procedure operative, il Follow fornirà tutte le informazioni, i documenti, le approvazioni e l'assistenza ragionevolmente richiesti dal Lead entro 2 Giorni Lavorativi dalla richiesta, ovvero prima ove ragionevolmente richiesto dalle circostanze del relativo reclamo, sinistro o termine regolamentare. Il mancato riscontro del Follow entro tale termine non impedirà al Lead di adottare qualsiasi misura che ritenga ragionevolmente necessaria al fine di adempiere agli obblighi legali, regolamentari o di gestione dei sinistri o dei reclami, e tali misure saranno vincolanti per il Follow nei limiti della propria quota del 50%. Nulla nella presente clausola pregiudicherà eventuali obblighi inderogabili in materia di gestione dei reclami imposti dalla normativa applicabile a ciascun Coassicuratore, e ciascun Coassicuratore rimarrà responsabile del rispetto dei propri obblighi.

Ciascun Coassicuratore sosterrà eventuali indennizzi, importi di transazione, danni, costi e spese derivanti da qualsiasi reclamo in proporzione alla propria quota, salvo nella misura in cui tale responsabilità, costo o spesa derivi da una violazione autonoma di legge, regolamento o obbligo da parte di tale Coassicuratore.

#### **4. Funding dei sinistri (Conto Vitesse)**

Tutti i pagamenti relativi ai sinistri e gli altri pagamenti a favore degli assicurati ai sensi della presente polizza saranno effettuati tramite un conto Vitesse dedicato o altro meccanismo di pagamento dedicato equivalente che potrà essere concordato tra i Coassicuratori.

Il Follow si impegna a versare su tale conto, in anticipo, fondi sufficienti a coprire la propria quota del 50% delle obbligazioni di pagamento derivanti dalla presente polizza e a reintegrare tali fondi su base settimanale al fine di garantire che siano disponibili fondi sufficienti quando necessario.

Fermo quanto sopra, il Follow dovrà mantenere in ogni momento fondi disponibili e liquidi sufficienti a coprire la propria quota di tutte le riserve, delle transazioni concordate, dei pagamenti previsti e di qualsiasi altro importo notificato dal Lead o dal TPA come dovuto nel relativo periodo di funding.

Il Follow dovrà corrispondere qualsiasi importo iniziale di funding, reintegro o integrazione richiesto dal Lead entro 2 Giorni Lavorativi dalla richiesta, ovvero immediatamente qualora necessario per rispettare una scadenza di pagamento notificata dal Lead.

Le parti concorderanno le modalità operative del conto, inclusi l'importo di eventuali finanziamenti iniziali, i trigger di reintegro e la tempistica per eventuali integrazioni richieste. Il TPA supervisionerà e riconcilierà i flussi finanziari del conto dedicato.

Il Lead e/o il TPA forniranno rendiconti periodici di funding e riconciliazione relativi al conto, e tali rendiconti costituiranno, salvo errore manifesto, prova prima facie degli importi dovuti dal Follow.

A scanso di equivoci, il Lead non avrà alcun obbligo di anticipare o pre-finanziare la quota del 50% del Follow di qualsiasi pagamento nella misura in cui fondi sufficienti non siano disponibili nel conto dedicato.

Qualora il Follow non finanzi un importo dovuto alla scadenza, il Lead avrà diritto, fatto salvo ogni altro diritto o rimedio, di:

1. emettere una comunicazione di inadempimento di funding al Follow;
2. compensare qualsiasi importo non pagato con premi, premi restituiti, recuperi o qualsiasi altra somma detenuta o dovuta dal Lead al Follow in relazione alla presente polizza o a qualsiasi accordo connesso;
3. recuperare dal Follow qualsiasi perdita, responsabilità, costo, spesa, interesse o onere ragionevole sostenuto dal Lead quale diretta conseguenza di tale inadempimento; e/o
4. adottare qualsiasi misura ragionevolmente necessaria per tutelare la propria posizione o per adempiere a obblighi legali o regolamentari.

Qualsiasi importo versato in ritardo maturerà interessi al tasso EURIBOR più il 4% annuo, ovvero al diverso tasso applicabile ai sensi della normativa vigente, dalla data di scadenza fino al pagamento integrale.

#### **5. Reporting e Bordereaux**

Il reporting dei sinistri sarà gestito dal TPA mediante l'emissione di bordereaux sinistri separati per ciascun Coassicuratore in base alla rispettiva quota di partecipazione.

Il pagamento del premio da parte del Contraente al Lead, ovvero al broker o a qualsiasi conto di incasso designato, laddove e nella misura consentita dalla normativa applicabile e dagli accordi di distribuzione e incasso rilevanti, costituirà pagamento a entrambi i Coassicuratori per l'importo ricevuto.

Il Lead avrà diritto, nei rapporti tra i Coassicuratori, di incassare, ricevere, detenere, amministrare, applicare e distribuire i premi per conto di entrambi i Coassicuratori, anche ai fini di restituzioni di premio, imposte, commissioni, compensi concordati, rettifiche e riconciliazioni, in ogni caso nel rispetto della normativa applicabile e di eventuali requisiti inderogabili in materia di gestione e segregazione dei fondi dei clienti o di fondi raccolti da intermediari.

Il formato definitivo dei bordereaux e il relativo processo di reporting resteranno soggetti a conferma operativa da parte dei team competenti.

Fino alla definizione di tale conferma operativa, il TPA e/o il Lead avranno diritto di adottare il formato di bordereau e il processo di reporting che il Lead ritenga ragionevolmente appropriati per finalità operative, contabili, regolamentari e di gestione dei sinistri, e il Follow coopererà di conseguenza.

## **6. Recupero e surroga**

Il Lead sarà autorizzato, per conto di entrambi i Coassicuratori, a investigare, promuovere, difendere, transigere, definire, rinunciare o abbandonare qualsiasi diritto di recupero, contributo, indennizzo o surroga derivante da o connesso a qualsiasi sinistro ai sensi della presente polizza.

Il Follow coopererà pienamente con il Lead in relazione a qualsiasi azione di recupero e, su richiesta, finanzierà la propria quota del 50% di qualsiasi costo o spesa esterna ragionevole sostenuta per tale attività.

Qualsiasi recupero effettivamente incassato, al netto dei costi e delle spese ragionevoli di recupero, sarà ripartito tra i Coassicuratori in proporzione alle rispettive quote e potrà essere prioritariamente utilizzato per reintegrare il conto dedicato e/o rimborsare qualsiasi parte che abbia finanziato importi eccedenti la propria quota.

## **7. Cooperazione, informazioni e audit**

Il Follow fornirà tempestivamente al Lead tutte le informazioni, i documenti, le registrazioni, le autorizzazioni, le approvazioni e l'assistenza ragionevolmente richiesti dal Lead, dal TPA o da qualsiasi consulente nominato in relazione a sottoscrizione, amministrazione, sinistri, reclami, recuperi, contabilità, audit, questioni regolamentari o alla presente clausola in generale.

Il Follow manterrà registrazioni complete e accurate relative alla propria partecipazione alla presente polizza e, previo ragionevole preavviso, consentirà al Lead o ai suoi incaricati di effettuare audit di tali registrazioni nella misura in cui siano rilevanti per la presente polizza, i sinistri correlati, i reclami, i recuperi, il funding e le riconciliazioni.

## **8. Inadempimento, insolvenza e cessazione della delega**

Qualora il Follow:

1. non finanzi qualsiasi importo dovuto ai sensi della presente clausola;
2. violi in modo sostanziale la presente clausola;
3. cessi di essere autorizzato a esercitare attività assicurativa rilevante ai fini della presente polizza;
4. divenga insolvente o sia soggetto a procedura concorsuale, amministrazione o procedura analoga; ovvero
5. sia altrimenti incapace, legalmente o di fatto, di adempiere alle proprie obbligazioni ai sensi della presente clausola,

il Lead potrà, mediante comunicazione scritta, sospendere o terminare qualsiasi aspetto degli accordi delegati in favore del Follow nella misura ragionevolmente necessaria a tutelare la propria posizione o a garantire un'ordinata gestione della polizza e dei relativi sinistri.

Tale sospensione o cessazione non pregiudicherà: (a) la responsabilità parziaria di ciascun Coassicuratore per la propria quota; (b) il carattere vincolante continuativo di qualsiasi atto, omissione, decisione, transazione, pagamento, risposta a reclamo o misura regolamentare precedentemente adottata dal Lead nell'ambito della propria autorità; né (c) l'obbligo del Follow di finanziare e adempiere la propria quota di tutte le passività, costi e spese derivanti dalla presente polizza.

## **9. Scadenza e Run-Off**

Qualora, a seguito della scadenza del periodo di polizza, il Lead divenga assicuratore al 100% per qualsiasi rinnovo o polizza sostitutiva, il Follow resterà comunque responsabile per la propria quota del 50% di tutti i sinistri, reclami, notifiche, perdite, costi, spese e recuperi derivanti da o attribuibili al periodo di validità della presente polizza.

L'autorità delegata conferita al Lead ai sensi della presente clausola continuerà a produrre pieno effetto anche dopo la scadenza del periodo di polizza nella misura necessaria alla gestione di tutte le questioni relative a tale periodo.

## **10. Legge applicabile e foro competente**

La presente clausola e qualsiasi obbligazione extracontrattuale derivante da o connessa alla stessa saranno disciplinate e interpretate in conformità alle leggi italiane, salvo diverso accordo espresso per iscritto tra le parti.

Qualsiasi controversia derivante da o connessa alla presente clausola sarà soggetta alla giurisdizione esclusiva dei tribunali competenti di Milano, Italia, fermo restando che nulla nella presente clausola impedirà al Lead di richiedere provvedimenti cautelari, conservativi o d'urgenza dinanzi a qualsiasi autorità giudiziaria competente.