

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE E
COLLABORATORE DEL SERVIZIO SANITARIO IN RSM E/O ITALIA
PER COLPA GRAVE**

Colpa lieve per interventi di primo soccorso per solidarietà

La presente Polizza è prestata nella forma "claims made" e quindi la Polizza copre i sinistri notificati all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

DEFINIZIONI

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

Contraente:	Il soggetto che stipula la presente Polizza in nome e per conto degli Assicurati.
Società:	Lloyd's
Assicurato:	Tutto il Personale dipendente e non dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale Italiano e Repubblica San Marino.
Danno/Danni:	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni a essi consequenziali.
Perdite Patrimoniali:	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale:	La somma massima che la Società sarà tenuta a pagare – per ciascun Assicurato e ciascun Periodo di Assicurazione – ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese.
Periodo di Assicurazione:	Il periodo che ha inizio e termine alle date fissate nel Certificato e/o Scheda di Copertura emesso a seguito di rinnovo o adesione alla presente Polizza.
Circostanza di Sinistro:	la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione informa l'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; la Comunicazione formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza o la sua Impresa di Assicurazione informa l'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.
Richiesta di risarcimento:	l'inchiesta giudiziaria promossa dall'Autorità giudiziaria per colpa grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; la domanda di rivalsa promossa dalla Struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza o dall'Impresa di Assicurazione per colpa grave davanti all'Autorità Giudiziaria competente.

- Sinistro:** La Richiesta di risarcimento e/o circostanza come sopra definite, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
- Polizza:** Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.
- Certificato e/o Scheda di Copertura:** I documenti, annessi a questa Polizza per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
- Sinistro in Serie:** Più richieste di risarcimento notificate all'Assicurato da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro anche ai fini del Massimale per sinistro.
- Fatto noto:** Costituiscono "fatto noto":
- la Sentenza di condanna in sede civile o penale;
 - la notifica di avvio di indagini preliminari/rinvio a giudizio in sede penale;
 - la richiesta di risarcimento/notifica di atto di citazione in sede civile;
 - la comunicazione della struttura Sanitaria Pubblica di appartenenza o della sua impresa di assicurazione con la quale mettono in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
 - che siano state notificate prima della data di Continuità Assicurativa.
- Attacco Informatico:** Qualsiasi atto non autorizzato, doloso o criminale o serie di atti correlati, non autorizzati, dolosi o criminali, indipendentemente dal tempo e dal luogo o qualsiasi o inganno che coinvolga l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
- Incidente Informatico:** Qualsiasi errore o omissione o serie di errori o omissioni correlati che riguardano l'accesso, l'elaborazione, la protezione, l'uso o minaccia il funzionamento di qualsiasi sistema informatico; o qualsiasi indisponibilità o guasto totale o parziale o serie di correlate indisponibilità o guasti totali o parziali riguardanti l'accesso, l'elaborazione, l'uso o il funzionamento di qualsiasi sistema informatico.
- Sistema Informatico:** Qualsiasi computer, hardware, software, dato, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico (inclusi, ma non limitati a, smartphone, laptop, tablet, dispositivi portabili), server, cloud o microcontrollore incluso qualsiasi sistema simile o qualsiasi configurazione dello stesso e incluso qualsiasi input, output, dispositivo di archiviazione dati, apparecchiatura di rete o struttura di backup associati, di proprietà o gestiti dall'Assicurato o da qualsiasi altra parte.

Articolo 1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ
-------------------	---

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di risarcimento o la Circostanza di Sinistro, come precedentemente definite, sia notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta: 10 anni antecedenti alla Data di adesione della presente polizza.

Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
-------------------	------------------------------

€ 2.000.000,00 per Sinistro e in aggregato - con sottolimito di € 500.000 per sinistro e in aggregato in relazione a Danni e Perdite patrimoniali che abbiano origine e siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria - più 25% del Massimale per i costi di difesa;

oppure

€ 1.000.000,00 per Sinistro e in aggregato - con sottolimito di € 500.000 per sinistro ed in aggregato in relazione a Danni e Perdite patrimoniali che abbiano origine e siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria - più 25% del Massimale per i costi di difesa.

Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
-------------------	-----------------------------------

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questa Polizza, la Società, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 2 e stabilito nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura, presta l'assicurazione nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo 1 e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di responsabile con colpa grave in conseguenza di Danni e Perdite Patrimoniali causati a terzi inclusi i pazienti nel caso di:

- azione di rivalsa esperita dalla società di assicurazioni dell'Azienda Sanitaria Pubblica nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti;
- azione di responsabilità amministrativa esperita dall'Azienda Sanitaria Pubblica nei casi previsti dalla legge, a condizione che per tali Danni egli sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza della Autorità Giudiziaria ordinaria civile e/o della Corte dei Conti.
- Azione di recupero esperita dall'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS) nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge sanmarinese, a condizione che per tali danni l'assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con decisione dell'Autorità Giudiziaria.
- L'assicurazione si intende estesa alla Responsabilità Civile dell'Assicurato per Danni derivanti da interventi di primo soccorso eseguiti per dovere di solidarietà, emergenza o soccorso sanitario al di fuori dell'attività retribuita; solo ed esclusivamente in tale ipotesi la copertura è altresì estesa ai Danni cagionati con colpa lieve.

Resta escluso dalla presente copertura qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile a un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale sanmarinese e/o italiano.

Articolo 4	SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE
-------------------	---

La Società assume, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze davanti all'Autorità Giudiziaria e/o Corte dei Conti per colpa grave a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

La Società risponde inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nel Certificato e/o Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di Sinistro per colpa grave.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato, né le spese legali e peritali dei procedimenti penali.

Articolo 5	NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"
-------------------	-------------------------------------

Con il termine "terzo" o "terzi" si intende ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

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

Articolo 6	LIMITI TERRITORIALI
-------------------	----------------------------

L'assicurazione vale per le Richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese dell'Unione Europea per conto dell'azienda di appartenenza.

È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia o Repubblica San Marino. La Società pertanto non è obbligata per Richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia o Repubblica San Marino, salvo che mediante delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti.

Articolo 7	PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI
-------------------	--

L'assicurazione, quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione e a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture pubbliche (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 8	ESCLUSIONI
-------------------	-------------------

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

- a) Le Richieste di risarcimento e/o Circostanze di Sinistro come precedentemente definite, qualora siano notificate in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione;
- b) Le Richieste di risarcimento connesse a **fatti noti** e circostanze già note all'Assicurato prima della data di Continuità Assicurativa anche se mai denunciate ai precedenti Assicuratori;
- c) Le Richieste di risarcimento connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nel Certificato e/o Scheda di Copertura.

8.2 Sono parimenti esclusi:

- a) I Danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b) I Danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c) Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d) I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- e) I Danni che siano imputabili ad una totale assenza del consenso informato;
- f) I Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g) I Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h) I Danni derivanti da ingiuria o diffamazione;
- i) I Danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, *mobbing*, *bossing*, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;
- j) Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k) I Danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- l) Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m) I Danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- n) Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto,

improvviso e accidentale;

- o) I Danni che si verificano o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo a esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p) I Danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q) I Danni e le perdite derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra operatore sanitario, medico e paziente;
- r) E' esclusa e non coperta dall'oggetto della presente polizza qualsiasi richiesta di risarcimento relativa a qualsiasi danno informatico e quindi a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsivoglia natura direttamente o indirettamente causati da, contribuiti da, derivanti da o in connessione con qualsiasi attacco informatico o incidente informatico (come sopra definiti) inclusa, ma non limitata a, qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire, sopprimere o porre rimedio a qualunque attacco informatico o incidente informatico;
- s) Conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio e atti di Guerra;
- t) Nessun assicuratore sarà tenuto a fornire copertura e nessun assicuratore sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America;
- u) Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultati da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:
 - (1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorotano sulfonato (PFOS), acido perfluorotanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFESA e PFESA, rispettivamente) e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;
 - (2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di determinate sostanze tossiche regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Articolo 9	RESPONSABILITÀ SOLIDALE
-------------------	--------------------------------

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 10	ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE
--------------------	---

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi motivo senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con il presente contratto, è riservata all'Assicurato che abbia stipulato il presente contratto la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per eventuali azioni nei propri confronti per ulteriori 10 anni previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 200% del premio corrispondente all'ultima mansione per chi è stato assicurato almeno un anno con la presente polizza.

Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo. Valgono le modalità previste dall'articolo 1 *FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ*

Articolo 11	VARIAZIONI DEL RISCHIO
--------------------	-------------------------------

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 Codice Civile) o un aggravamento (articolo 1898 Codice Civile) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, si applicheranno le citate disposizioni del Codice Civile.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza anniversaria, fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.

Articolo 12	PAGAMENTO DEL PREMIO – MODALITÀ E DISCIPLINA DELLE ADESIONI
--------------------	--

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato e/o nella Scheda di Copertura se il premio è stato pagato, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento. Fermo quanto sopra e solo in caso di rinnovo della copertura se l'Assicurato non paga il premio convenuto, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo 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 (termine di mora).

Articolo 13	ONERI FISCALI
--------------------	----------------------

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

Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE RESCINDIBILITÀ ANNUALE
--------------------	--

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
--------------------	---

Ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile l'obbligo di comunicare alla Società la coesistenza di altre

assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, che coprano le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso.

Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	---

Fermo restando le Definizioni di Polizza "*Richiesta di risarcimento*" e di "*Circostanza di sinistro*" è fatto obbligo all'Assicurato denunciare i sinistri come sopra definiti entro trenta giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

La notifica di una "*Circostanza di sinistro*" sarà considerata un sinistro regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione anche se la Richiesta di Risarcimento che scaturisse da quella Circostanza fosse notificata successivamente allo scadere della polizza.

Si precisa tuttavia che la "*Circostanza di sinistro*" non comporterà l'obbligo della Società di nominare / approvare legali e/o periti fino a quando una "*Richiesta di risarcimento*" come definita in polizza non sia notificata all'Assicurato medesimo.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) promosso contro l'Assicurato non costituisce un Sinistro ai sensi di Polizza e non deve, pertanto, essere notificato.

La denuncia va fatta a GOLINUCCI SRL info@golinucci.it

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società.

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

Si richiama il secondo comma dell'articolo 15, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

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

Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
--------------------	------------------------------------

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al trentesimo giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che la Società possono recedere da ogni singolo Certificato con preavviso scritto di trenta giorni. Nel caso di recesso da parte della Società, questi, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Tale articolo non si applica ai casi in cui sia stato attivato l'articolo 10 – Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione.

Articolo 18	SURROGAZIONE
--------------------	---------------------

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

di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 19	FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO
--------------------	---

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.
Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Società.

Articolo 20	CLAUSOLA BROKER
--------------------	------------------------

Con l'adesione alla presente Polizza l'Assicurato conferisce a GOLINUCCI SRL indicato nel Certificato e/o Scheda di Copertura il mandato di brokeraggio con l'incarico di assisterlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

È convenuto pertanto che:

- a) ogni comunicazione effettuata a GOLINUCCI SRL da Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato;
- b) ogni comunicazione effettuata da GOLINUCCI SRL a Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'articolo 118 del D.lgs. 209/2005 ed all'articolo 55 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5/2006, il Broker è autorizzato a incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto articolo 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Broker, come previsto al precedente articolo 5.

Articolo 21	NORME DI LEGGE
--------------------	-----------------------

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

Articolo 22	PREMIO
--------------------	---------------

Il premio previsto per l'attivazione dell'assicurazione è quello previsto a seconda della qualifica professionale indicata e deve essere corrisposto con le modalità applicative di cui al precedente articolo 12.

La copertura assicurativa avrà decorrenza alle ore 24.00 della data di decorrenza indicata sul Modulo di polizza a condizione che il relativo premio sia stato versato (articolo 12 della Polizza).

Articolo 23	DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO
--------------------	--------------------------------------

Con l'adesione alla presente Polizza e con la firma del Modulo di Adesione (qualora necessario) l'Assicurato dichiara:

- 23.1 di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione e iscrizione agli Albi e Registri ove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto del Servizio Sanitario

Nazionale. Tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Adesione, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate e in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate;

- 23.2 che in forza del C.C.N.L. di lavoro vigente o in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con la Struttura Sanitaria Pubblica presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;
- 23.3 di avere preso atto che la presente assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda Sanitaria Pubblica di appartenenza con la stipula di polizza a hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali Fondi Regionali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali.

Articolo 24	RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE
--------------------	---

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato a essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 Codice Civile).

Articolo 25	RIPENSAMENTO DOPO LA STIPULAZIONE
--------------------	--

L'Assicurato, in caso sia un consumatore (come definito dal D.lgs. 206 del 2005) ed il contratto sia stato venduto a distanza, ha tempo 14 giorni dalla data di conclusione del contratto per recedere dallo stesso senza alcuna motivazione.

.....

Il Contraente

L'Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte della presente Polizza e, agli effetti dell'articolo 1341 e 1342 Codice Civile, dichiara:

- 1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «*CLAIMS MADE*», a coprire le Richieste di risarcimento notificate per la prima volta all'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo;**
- 2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli della Polizza:**

Articolo 1	FORMA DELL'ASSICURAZIONE («<i>CLAIMS MADE</i>') – RETROATTIVITÀ
Articolo 2	MASSIMALI DI GARANZIA
Articolo 3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Articolo 8	ESCLUSIONI (in particolare quelle dell'assicurazione <i>claims made</i> - 8.1)
Articolo 14	MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA–RESCINDIBILITÀ ANNUALE
Articolo 15	COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI
Articolo 16	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione)
Articolo 17	RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Articolo 20	CLAUSOLA BROKER
Articolo 21	NORME DI LEGGE
Articolo 24	RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

.....

Il Contraente