
Lloyd's Insurance Company S.A. Certificato

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

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

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

Numero di contratto: DV210000SNR-LB

Tipo di contratto: RC COLPA GRAVE PROFESSIONISTI SANITARI

Nome del prodotto: RC COLPA GRAVE PROFESSIONISTI SANITARI

Versione del testo della polizza: 2020

Indice

Scheda 3

Dichiarazione di Coassicurazione 19

Termini e condizioni generali del Contratto

- Dichiarazione precontrattuale 22

- Clausola di mancato pagamento del premio 22

- Informativa sulla Privacy 23

- Reclami 25

SCHEDA

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

LLOYD'S

Codice ramo	Corrispondente	Lloyd's Broker	UMR
4	113748 MTE	AON 1526	B1526CSHLC2001359 CSHLC2001359 26 nov 2020 / 34

Numero del certificato

DV210000SNR-LB

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

Nome del Contraente:	SNR Sindacato Nazionale Area Radiologica
Indirizzo, codice postale e città:	Via Farini, 62 00185 Roma - RM (Italia)
P. IVA:	91504710152
Codice fiscale:	91504710152
Assicurato:	Medico Iscritto SNR

Periodo assicurativo, tacito rinnovo escluso

Dalle 24:00 del 31/12/2020 alle 24:00 del 31/12/2021 (UTC +1 Amsterdam, Berlino, Roma, Stoccolma, Vienna)

-

Oggetto o rischio assicurato:	(Vedi testo di polizza)
Massimo indennizzo o somma assicurata:	(Vedi testo di polizza)
Franchigia o copertura aggiuntiva o quota di scoperto:	(Vedi testo di polizza)
Sezioni del testo della polizza applicabili al presente contratto di assicurazione:	(Vedi testo di polizza)

Premio: EURO

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

Data della rata	Premio netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Premio lordo
31/12/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-

Ripartizione premio: Soluzione unica

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

Coverholder:

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

Contatti:

Se si desidera denunciare un sinistro ai sensi del presente contratto, si prega di contattare:	vedi dati coverholder sopra
In caso di domande di altra natura relative al presente contratto, rivolgersi invece a:	vedi dati coverholder sopra

Data

23 dicembre 2020

Il presente certificato è valido unicamente se reca la firma del Rappresentante per l'Italia, in nome e per conto di Lloyd's Insurance Company S.A.

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

Quietanza del premio

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

Data**Firmato da**

SCHEDA DI COPERTURA

1	Assicuratori: Come da dichiarazione di Coassicurazione															
2	Contraente: SNR Sindacato Nazionale Area Radiologica Via Farini 62 Roma 00185 P.I. 91504710152															
3	Assicurato: Medico Iscritto SNR															
4	Periodo di Durata della Convenzione: dalle 24.00 ore del 31/12/2020 alle 24.00 ore del 31/12/2021															
5	Massimali opzionabili per ciascun Sinistro e premio annuo lordo: <table border="1"> <thead> <tr> <th>ASSICURATO</th> <th>€ 5.000.000</th> <th>€ 2.500.000</th> <th>€ 1.000.000</th> <th>€ 500.000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico specializzando</td> <td></td> <td>€ 210,00</td> <td>€ 195,00</td> <td>€ 170,00</td> </tr> <tr> <td>Dirigente Medico</td> <td>€ 420</td> <td>€ 359,00</td> <td>€ 315,00</td> <td>€ 290,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Per tutte le adesioni successive al 30 Giugno il premio è pari al 50% del premio annuo lordo (vedasi art. 23 delle Condizioni di polizza)</p>	ASSICURATO	€ 5.000.000	€ 2.500.000	€ 1.000.000	€ 500.000	Medico specializzando		€ 210,00	€ 195,00	€ 170,00	Dirigente Medico	€ 420	€ 359,00	€ 315,00	€ 290,00
ASSICURATO	€ 5.000.000	€ 2.500.000	€ 1.000.000	€ 500.000												
Medico specializzando		€ 210,00	€ 195,00	€ 170,00												
Dirigente Medico	€ 420	€ 359,00	€ 315,00	€ 290,00												
6	Franchigia per Sinistro: Nessuna															
7	Periodo di retroattività: 10 anni Opzionabile retroattività illimitata (Garanzia operante se richiamata in Scheda di Copertura e se è stato corrisposto il relativo premio)															
8	Clausola Broker: Broker: AON Spa															

Estensioni di Assicurazione:**SEMPRE OPERANTI****Appendice A - Estensione Continuità Copertura**-----
Data-----
Contraente

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONI

L'ASSICURAZIONE E' PRESTATATA NELLA FORMA "CLAIMS MADE»

Si vedano gli articoli 4, 7, 17

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO

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

1.1 di esercitare una delle professioni sanitarie indicate nel Modulo di Adesione con regolare iscrizione agli albi e registri laddove previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti **o in alternativa di esercitare la propria attività presso una Struttura Sanitaria in qualità di Direttore Generale o Amministrativo**

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

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

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'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 ed ogni altro disposto riguardante la medesima, qualora riportate con lettera maiuscola.

Assicuratori	Come da Dichiarazione di Coassicurazione
Aderente/Assicurato	L'esercente la professione sanitaria che svolge o abbia svolto una delle attività indicate nel Modulo di Adesione, e che svolga la propria attività in qualità di dipendente o a qualunque titolo, presso una Struttura Sanitaria o Socio- Sanitaria, incluso lo specializzando. Per la copertura per le Perdite Patrimoniali si intende anche il Direttore Generale o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica
Assicurazione	la copertura assicurativa offerta dalla Polizza/Convenzione agli Aderenti/Assicurati.

Attività Professionale	L'attività medico-sanitaria svolta dall'Aderente/Assicurato presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e/o l'attività di Direttore Generale o Amministrativo di una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Pubblica
Broker	l'intermediario assicurativo incaricato della gestione della Polizza/Convenzione, indicato nella Scheda di Copertura.
Certificato di Assicurazione	il documento emesso dagli Assicuratori a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente/Assicurato, nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente/Assicurato, le date di effetto e di scadenza del Periodo di Assicurazione, il massimale ed il premio con le relative imposte governative.
Comportamento Colposo	il fatto, l'atto, l'omissione, il ritardo da cui scaturiscono la Richiesta di Risarcimento e/o i Fatti e/o Circostanze.
Comunicazione Formale	la lettera protocollata o la trasmissione a mezzo di posta elettronica certificata della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria inviata personalmente all'Aderente/Assicurato
Contraente della Polizza/Convenzione	la persona giuridica che contrae la Polizza/Convenzione a favore degli Aderenti/Assicurati.
Fatti e/o Circostanze	<p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Aderente/Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o la sua impresa di assicurazioni manifesta all'Aderente/Assicurato di volersi rivalere nei suoi confronti per Danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave. • La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Aderente/Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;

- l'inchiesta e/o l'azione giudiziaria promossa contro l'Aderente/Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione, ivi comprese quelle previste ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo, ivi comprese le comunicazioni ricevute dall'Aderente/Assicurato ex art.13. Legge 8 marzo 2017 n.24;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) o sul sistema di segnalazione aziendale o analogo sistema, è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato che all'U.R.P. - Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Aderente/Assicurato medesimo;
- la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria informa l'Aderente/Assicurato circa l'esistenza di qualsiasi indagine a suo carico;
- il ricevimento da parte dell'Aderente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione;
- la Comunicazione Formale con cui, la Struttura Sanitaria o Sociosanitaria o l'Impresa di Assicurazione, mette in mora o manifesta all'Aderente/Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave; nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge e/o dai CCNL.

Danno	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali, ivi compresi i danni non patrimoniali, quali quello alla salute, biologico e morale.
Danno Erariale	il Danno pubblico subito dall'Erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali, quali a titolo esemplificativo e non limitativo il danno all'immagine.
Denuncia di Sinistro	la notifica, inviata dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori, del verificarsi di un Sinistro nei termini e nei modi stabiliti nella Polizza/Convenzione
Loss Adjuster	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri
Massimale	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 l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze e delle persone danneggiate.
Modulo di Adesione	il Modulo con il quale il Contraente/Aderente/Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza/Convenzione riportando i dati essenziali per la valutazione del rischio incluse le informazioni sugli eventuali Sinistri precedenti.
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico subito da Terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose o animali.
Periodo di Assicurazione	il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Certificato di Assicurazione, per il quale è stato pagato il Premio. E' parte integrante del Periodo di Assicurazione l'eventuale estensione dell'assicurazione in caso di cessazione dell'attività professionale – protezione di eredi e tutori (v. art.9)

Periodo di Efficacia	<p>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).</p>
Polizza/Convenzione	<p>il presente documento che disciplina i rapporti assicurativi tra Assicuratori, Contraente e Aderenti/Assicurati, e che unitamente alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.</p>
Premio	<p>la somma dovuta dall'Aderente/Assicurato agli Assicuratori.</p>
Responsabilità amministrativa	<p>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.</p>
Responsabilità amministrativo-contabile	<p>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>
Richiesta di Risarcimento	<p>Il primo tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'invito a dedurre, la citazione in giudizio dinanzi alla Corte dei Conti, nonché la sentenza di condanna per colpa grave. • la notifica della sentenza con cui è riconosciuta dall'organo competente la responsabilità dell'Aderente/Assicurato per colpa grave. • L'azione di rivalsa, di surroga o di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria o dal suo assicuratore, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 9 della Legge 8 marzo 2017 ss.mm.ii.

Scheda di Copertura	il documento, che forma parte integrante della Polizza/Convenzione, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente della Polizza Convenzione, le date di effetto e di scadenza della Polizza/Convenzione
Sinistro	le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze che si manifestino per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione
Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria	Qualunque entità che eroga prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, sia essa pubblica, privata, partecipata, convenzionata, o che eserciti in altra forma purché in possesso dell'autorizzazione prevista dalla normativa vigente, presso la quale l'Aderente/Assicurato abbia svolto o svolga la propria attività a qualunque titolo ovvero quella svolta in regime di convenzione con il Servizio sanitario nonché attraverso la telemedicina.
Terzo	ogni persona diversa dall'Aderente/Assicurato, compresi i pazienti. Non sono considerati terzi <ul style="list-style-type: none"> • il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli dell'Aderente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive; • i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o 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.

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

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

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

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.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

L'Assicurazione è operante per tutte le Attività Professionali esercitate dall'Aderente/Assicurato, indicate nel Modulo di Adesione, svolte presso una Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina.

L'Assicurazione è estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli 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.

Articolo 6 LIMITI TERRITORIALI

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

Articolo 7 ESCLUSIONI

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

1. i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'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 dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- d) in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Aderente/Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- e) fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- f) per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- g) per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'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 ed 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, 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 dell'Aderente/Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Aderente/Assicurato stesso.

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

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

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

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

Articolo 10 CONCLUSIONE E DURATA DELL' ASSICURAZIONE

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

Le parti concordano che le attività di:

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

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

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

Articolo 11 RECESSO PER RIPENSAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 12 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione.

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

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

Articolo 13 MODALITÀ DEL RINNOVO

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

Articolo 14 CONDIZIONE RISOLUTIVA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Adesione entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Adesione che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati,

comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza del Certificato di Assicurazione:

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

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

Articolo 15 ONERI FISCALI

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

Articolo 16 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 18 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

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

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

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

Con la sottoscrizione dell'Assicurazione:

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

È convenuto pertanto che:

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

Articolo 22 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

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

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

Articolo 23 MODALITA' E DISCIPLINA DELLE ADESIONI ALLA POLIZZA/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 così calcolato:

- Per le adesioni pervenute dal 31/12/2020 al 30/06/2021 il premio sarà pari al 100% di quello annuo previsto;
- Per le adesioni pervenute dal 01/07/2021 al 31/12/2021 il premio sarà pari al 50% di quello annuo previsto.

Appendice A)

ESTENSIONE CONTINUITA' COPERTURA

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 7 Esclusioni, punto 1) gli Assicuratori si impegnano, nei termini e alle condizioni della presente Polizza/Convenzione, a tenere indenne l'Aderente/Assicurato dalle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta allo stesso successivamente alla decorrenza 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 con il Certificato di Assicurazione, dalla data di cui al punto a);
- d) l'eventuale inadempimento dell'obbligo di dichiarare agli Assicuratori Fatti o Circostanze di cui all'Articolo Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato e l'omissiva dichiarazione nel Modulo di Adesione non siano dovuti a dolo.

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

- 1 - di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «**CLAIMS MADE**», a coprire le
Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatte per la prima volta contro l'Aderente/Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo;
- 2 - di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli di questa Polizza/Convenzione:


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

DICHIARAZIONE DI COASSICURAZIONE

Il presente contratto assicurativo costituisce prova di copertura del 100% del rischio descritto nella Scheda.

Gli assicuratori del contratto assicurativo sono indicati nella tabella sottostante.

Nome e indirizzo della Delegataria	Quota
Lloyd's Insurance Company S.A. Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruxelles, Belgio.	55,29%

Nome e Indirizzo della(e) Coassicuratrice(i)	Quota	Firma
ALLIED WORLD ASSURANCE COMPANY (EUROPE) LIMITED (Codice IVASS 10592 - N.iscriz. II.00343) 3rd Floor, Georges Quay Plaza, Georges Quay, Dublino, Irlanda	44,71%	
TOTALE	100%	

Ripartizione dell'assicurazione e delega

L'Assicurazione è ripartita per quote tra le Società (coassicuratrice e Delegataria) indicate nel Contratto di Assicurazione. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti con la Delegataria. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle concernenti il recesso o alla disdetta e alla gestione dei sinistri, s'intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. Le Società Coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento sarà effettuato dal Contraente per intero alla Delegataria. Ogni modificazione del Contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Società solo dopo la firma dell'atto relativo.

Le Società Coassicuratrici danno atto che gli atti interruttivi della prescrizione notificati alla Delegataria sono efficaci anche nei propri confronti.

Resta convenuto che qualsiasi comunicazione effettuata dal Broker all'Assicuratore delegatario s'intenderà come fatta dall'Assicurato (contraente) e ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore al Broker s'intenderà fatta all'Assicurato (contraente)

Dichiarazione di responsabilità disgiunta

Gli obblighi degli assicuratori sottoscriventi ai sensi dei contratti d'assicurazione da essi sottoscritti sono disgiunti e non solidali e si limitano esclusivamente all'entità delle loro singole sottoscrizioni. Gli assicuratori sottoscriventi non sono responsabili della sottoscrizione di qualsivoglia altro coassicuratore sottoscrittore che, per qualunque ragione, non ottemperi ai propri obblighi, in tutto o in parte.

RIFERIMENTI INTERNI

LB 100,00000%

13,53000%	5355
17,51000%	5311
40,03000%	5361
28,93000%	5328
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

TERMINI E CONDIZIONI GENERALI**Dichiarazione precontrattuale**

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

Firma dell'Intestatario della polizza**Data****Firmato da****Clausola di mancato pagamento del premio**

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

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

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

Clausola di notifica atti e giurisdizione

Si conviene che la presente Assicurazione sarà regolata esclusivamente dal diritto e dagli usi in Italia, e le eventuali controversie insorte da, o in relazione a, la presente Assicurazione saranno soggette alla giurisdizione esclusiva di un tribunale competente in Italia.

Lloyd's Insurance Company S.A. conviene che tutte le citazioni, notifiche o procedure finalizzate ad istituire procedimenti legali a proprio carico in relazione alla presente Assicurazione dovranno ritenersi correttamente notificate se indirizzate e consegnate all'attenzione di:

Rappresentante per l'Italia
Lloyd's Insurance Company S.A.
Corso Garibaldi 86
Milano 20121
Italia

il quale è a tal fine delegato all'accettazione delle notifiche processuali per conto della società.

Fornendo tale delega Lloyd's Insurance Company S.A. non rinuncia al proprio diritto ad eventuali proroghe o ritardi eventualmente spettanti alla stessa per la notifica di tali citazioni, notifiche o procedimenti in considerazione della propria residenza o domicilio in Belgio.

Informativa sulla Privacy

Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 - GDPR

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 (di seguito denominato "Regolamento") ed in relazione ai dati personali che formeranno oggetto di trattamento, Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Brussels") desidera informare di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è effettuato per lo svolgimento delle seguenti attività:

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

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali è:

- realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- Effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- Svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia (il cui elenco è disponibile presso il Titolare) che sono nostre dirette collaboratrici e che operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di intermediazione, di assunzione dei rischi, archiviazione della documentazione assicurativa e servizi attinenti alla gestione dei sinistri, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo – periti, consulenti, liquidatori indipendenti e studi legali.

3. Conferimento dei dati

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

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

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

4. Rifiuto di conferimento dei dati

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

- nei casi di cui al punto 3, lett. (a) e (b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lett. (c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5. Comunicazione dei dati

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

Inoltre i dati potranno essere comunicati ad enti pubblici in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Regno Unito, Canada, Svizzera), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, per che per conto di Lloyd's Brussels effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali.

Tali soggetti operano quali autonomi titolari o quali responsabili esterni del trattamento e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso la Filiale Italiana di Lloyd's Brussels, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email data.protection@lloyds.com.

6. Diritti dell'interessato

Informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dal Regolamento, scrivendo a email data.protection@lloyds.com si potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

È garantito il diritto a revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

È garantito il diritto alla portabilità dei dati, a proporre reclamo a un'autorità di controllo.

7. Titolare e responsabile della protezione dei dati

Titolare del trattamento per Lloyd's Brussels è il Rappresentante per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

È possibile contattare il responsabile della protezione dei dati all'indirizzo mail data.protection@lloyds.com.

Informativa sulla Privacy

Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016 - GDPR

Consenso al trattamento dei dati personali

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

- a) il trattamento e comunicazione alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa dei dati "particolari" per le finalità di cui al punto 1, lett. (a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati particolari oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute¹;

Data

Firma

(obbligatoria)

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

Data

Firma

(facoltativa)

⁽¹⁾ Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati particolari (a titolo esemplificativo, relativamente a dati genetici e biometrici, allo stato di salute, ecc.), verrà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

Reclami

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

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

Un riscontro scritto verrà fornito al reclamante entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il riscontro sia considerato insoddisfacente o in caso di mancato o tardivo riscontro, è fatto diritto al reclamante di coinvolgere l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Telefono: 800 486661 (dall'Italia)
Telefono: +39 06 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 o +39 06 42133 353
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Il sito IVASS contiene maggiori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo a IVASS e un modello di lettera che si può utilizzare. Di seguito il link:
www.ivass.it.

In caso di acquisto di un contratto online è inoltre possibile presentare un reclamo attraverso la piattaforma UE per la risoluzione online delle controversie (ODR). Il sito della piattaforma ODR è il seguente www.ec.europa.eu/odr.

Le modalità di gestione dei reclami sopra descritte non pregiudicano il diritto dell'assicurato di intentare un'azione legale o una procedura alternativa per la risoluzione delle controversie in applicazione dei propri diritti contrattuali.

DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE

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

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

Come verificare la firma digitale

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

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

Come verificare l'integrità del documento

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

Firma Digitale del Contraente (Documento Digitale)

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

Conservazione del Documento Digitale

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

Firma Autografa del Contraente (Documento Stampato)

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

Conservazione del Documento Stampato

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

Questa pagina

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



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

