DUAL Healthcare

Strutture Sanitarie Private

DUAL Healthcare Strutture Sanitarie Private

Contratto di Assicurazione a copertura della Responsabilità civile sanitaria delle Strutture Sanitarie Private

POLIZZA n° CLHC-00KKA92561-LB

Il presente contratto di assicurazione è stipulato da Lloyd's Insurance Company S.A., per il tramite di DUAL Italia S.p.A. ed è sottoscritto dal Rappresentante Generale per l'Italia di 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: lloydseurope.com
E-mail: LloydsEurope.Info@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

Firmato elettronicamente da
Lloyd's Insurance Company S.A.
Diana Santin
Rappresentante per l'Italia

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

DUAL Italia S.p.A. società parte del Gruppo DUAL International Ltd., è una società mandataria per la sottoscrizione di rischi assicurativi, nonché agente iscritto nel Registro Unico Intermediari - Sezione A n. A000167405 - in forza del mandato / Binding Authority ricevuto da Lloyd's Insurance Company S.A..

In forza del predetto contratto a DUAL Italia S.p.A.in qualità di Coverholder, 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, il tutto per conto di Lloyd's Insurance Company S.A..

Riferimenti Interni	Corrispondente	Lloyd's Broker	UMR
5328 60 - 5329 40	110222CVA	Howden Specialty Luxembourg S.A.R.L. HOW 1703	B0180PD2501113

Tipo di contratto:	Contratto di Assicurazione a copertura della Responsabilità civile sanitaria delle Strutture Sanitarie Private
Nome Prodotto:	DUAL Healthcare Strutture Sanitarie Private
Versione del testo di POLIZZA:	DUAL Healthcare Strutture Sanitarie Private_STD_12.2024

Il presente documento è aggiornato al mese di Dicembre 2024 ed è redatto secondo l'Articolo 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 9/2005) e le Linee Guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018

DUAL Healthcare Strutture Sanitarie Private

SCHEDA DI POLIZZA n°: CLHC-00KKA92561-LB

(che forma parte integrante ed essenziale della POLIZZA)

Contratto di assicurazione a copertura della Responsabilità civile sanitaria di Poliambulatori, Laboratori di analisi, RSA e Centri medici di natura privata.

(Testo di POLIZZA allegato: DUAL Healthcare Strutture Sanitarie Private_STD_12.2024)

Si precisa che i termini riportati in lettere maiuscole nel presente documento hanno il significato a loro attribuito nella Sezione DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO delle condizioni di POLIZZA.

Si prega di leggere attentamente

La presente è una POLIZZA "Claims made": essa pertanto copre RICHIESTE DI RISARCIMENTO da conseguenti a fatti ed omissioni colposi commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITÀ e avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questo regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, o durante il periodo di POSTUMA (se concessa), nei limiti ed alle condizioni tutte previste nelle condizioni generali allegate.

Le condizioni normative riepilogate nella presente SCHEDA DI POLIZZA costituiscono parte integrante del contratto ed in caso di contrasto, le informazioni qui contenute prevalgono su quelle riportate nelle condizioni di assicurazione.

CONTRAENTE: Insieme di: A. Anelli & C. s.a.s

TIPO DI STRUTTURA: Residenziale/Struttura con ricovero

ATTIVITÀ PREVALENTE: Comunità Terapeutica Riabilitativa

P.IVA: 01264760594

Codice Fiscale: 01264760594

Indirizzo: via Penitro a Monte

Cap: 04023 Cittá: Formia (LT)

ASSICURATO: Insieme di: A. Anelli & C. s.a.s

PERIODO DI ASSICURAZIONE: Dalle ore 24.00 del: 17/12/2025 Alle ore 24.00 del: 17/12/2026

Tacito rinnovo: Si, così come stabilito all'Art. 7.4 - PROCEDURE DI RINNOVO

LIMITE DI INDENNIZZO: € 200.000,00
Per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e/o SINISTRO

LIMITE DI INDENNIZZO: € 6.000.000,00
Per SINISTRI in serie

LIMITE DI INDENNIZZO: € 6.000.000,00
In aggregato annuo

PREMIO:	Premio netto per il periodo:	€28.629,86
	Accessori:	€0,00
	Imposte 22,25%	€6.370,15
	Premio Lordo:	€35.000,01

S.I.R.: € 7.000,00

RETROATTIVITÀ: 10 anni

Estensione territoriale come riportato all'art. 9. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

FATTURATO: € 8.355.143,00

NUMERO DIPENDENTI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA: oltre 51

LIBERI PROFESSIONISTI / STRUTTURATI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA: 0-50

FOCUS GRUPPO STRUTTURE-SEDI AGGIUNTIVE		
RAGIONE SOCIALE - INDIRIZZO	**P.IVA**	**S.I.R. SPECIFICA (*)**
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

(*) in caso di S.I.R. specifica per la Struttura – Sede, questa prevale per la sola Struttura-Sede rispetto alla S.I.R. generale che segue.

FOCUS POLIAMBULATORIO	**NON APPLICABILE**
TIPO DI PRESTAZIONE/VISITA	NUMERO PRESTAZIONI
Visite specialistiche (esclusa attività invasiva e/o maxillo-facciale, chirurgica o odontoiatrica)	-
Prestazioni per attività chirurgica ambulatoriale e/o per attività invasiva (inclusa maxillofacciale)	-
Medicina estetica	-
Chirurgia estetica	-
PMA - Procreazione medicalmente assistita	-
Fisioterapia e riabilitazione (esclusa lungodegenza)	-
Diagnostica per immagini e radiologia (esclusa diagnostica prenatale)	-
Laboratorio analisi	-
Medicina nucleare	-
Diagnostica prenatale	-
Prestazioni e/o visite odontoiatriche (inclusa igiene dentale) **esclusa** implantologia	-
Prestazioni e/o visite odontoiatriche - Implantologia	-
Psicologia/psicoterapia (senza ricovero)	-
Trattamento delle dipendenze (alcool, stupefacenti, ecc)	-

FOCUS RSA -RSD - STRUTTURE RESIDENZIALI e/o LUNGODEGENZA PSICHIATRICA O DI RIABILITAZIONE, CENTRI ALZHEIMER e/o SPECIALIZZATI DI LUNGODEGENZA, HOSPICE	**APPLICABILE**
TIPO DI PRESTAZIONE	NUMERO POSTI LETTO
Cure intensive e centri specializzati	0
Pazienti non autosufficienti	0
Pazienti autosufficienti/casa di riposo	0
Centro diurno	201
PERCENTUALE DI OCCUPAZIONE MEDIA ANNUA per la totalità dei posti letto indicati:	100%

CONDIZIONI PARTICOLARI (per ciascuna si rinvia a quanto previsto nelle condizioni di POLIZZA):

Precisazioni:

SI precisa che le strutture/sedi assicurate sono:

- Progetto Insieme s.r.l.

- Insieme di A. Anelli & C. s.a.s

Condizione aggiuntiva Medicina estetica e chirurgia estetica NON OPERANTE.

ASSICURATORI: **Lloyds Insurance Company S.A.**

INTERMEDIARIO: FEDI FRANCESCO E GIRAUDO GIORGIO SRL
Via Fra' Domenico Buonvicini 16
50132 Firenze

Comunicazione da inviare a: Qualsiasi comunicazione relativa alla presente POLIZZA dovrà essere inviata direttamente o tramite l'INTERMEDIARIO a:

DUAL Italia S.p.A.
Via Edmondo De Amicis, 51 - 20123 Milano

AVVERTENZE:

DICHIARAZIONI IN MERITO AL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'INDENNIZZO. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contratto prevede il pagamento annuale del PREMIO in unica soluzione.
Qualora espressamente concordato con gli ASSICURATORI ed indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, il pagamento del PREMIO può essere frazionato in una o più rate. Il pagamento del PREMIO deve essere eseguito a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DUAL ITALIA S.P.A. o all'INTERMEDIARIO assicurativo, espressamente in tale qualità.

Ai fini della copertura si prega di leggere e sottoscrivere quanto riportato nel seguito che forma parte integrante ed essenziale della POLIZZA.

AVVERTENZA:

SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA CON FIRMA ELETTRONICA

La sottoscrizione della polizza con qualsiasi dispositivo di firma elettronica comporta la sottoscrizione:

I. **per conferma della completezza e veridicità delle dichiarazioni rese dal contraente/assicurato**
II. **per conferma della ricezione del set informativo**
III. **per approvazione delle condizioni generali**
IV. **per approvazione specifica delle clausole vessatorie**

intendendosi essa apposta in tutte le parti in cui è richiesta la materiale sottoscrizione del contraente.

Il CONTRAENTE conferma:

1. Ricezione del set informativo ***che, prima della sottoscrizione del presente contratto, ha ricevuto e preso visione del set informativo predisposto ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2018.***	**IL CONTRAENTE** ……
2. Completezza delle dichiarazioni **di essere stato autorizzato a sottoscrivere le dichiarazioni di cui alla sezione DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE per conto del CONTRAENTE/ ASSICURATO e che le stesse sono veritiere e sono state rese dopo un'approfondita analisi.**	**IL CONTRAENTE** ……
3. Approvazione delle condizioni contrattuali **di aver preso visione e di accettare quanto contenuto nella Sezione A – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE; nella Sezione B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE; nella Sezione C – QUANDO LA POLIZZA NON OPERA, CESSA O SI RINNOVA; nella Sezione D, all'art. 12 COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO, di cui all'allegata POLIZZA e quanto contenuto nella presente SCHEDA DI POLIZZA.**	**IL CONTRAENTE** ……

4. Approvazione delle clausole vessatorie

agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli dell'allegata POLIZZA:

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO

COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE

1.1 Alla stipula della polizza è necessario fornire informazioni complete ed esaurienti: "le dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
1.2 Cosa fare e come opera la polizza in presenza di altre coperture assicurative
1.3 Se il premio non e' pagato la garanzia assicurativa non opera: il "pagamento del premio"
1.4 Oneri fiscali
1.5 Come opera la polizza in caso di limitazioni del contratto assicurativo: sir
1.6 Come opera la polizza: sinistro di RC sanitaria
1.7 Come si modificano i contenuti della polizza: "modifiche dell'assicurazione"
1.8 Aggravamento del rischio
1.9 Diminuzione del rischio
1.10 Clausola di notifica atti e giurisdizione
1.11 Comunicazioni relative alla polizza
1.12 Foro competente
1.13 Legge applicabile

1.14 Tracciabilità dei flussi finanziari
1.15 Misure restrittive (Sanction Limitation Exclusion Clause)
1.16 Esclusione della responsabilità solidale degli assicuratori – several liability notice clause

SEZIONE B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

2.1 Responsabilità civile verso terzi/responsabilità professionale sanitaria della struttura sanitaria

2.2 Responsabilità personale dei dipendenti non sanitari e degli esercenti la professione sanitaria dipendenti e strutturati

2.3 Clausola claims made: copertura delle richieste di risarcimento

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

3.1 R.C. Sanitaria

3.1.1 Sangue ed emoderivati

3.1.2 Infezioni nosocomiali

3.2 GARANZIE ACCESSORIE DI RC VERSO TERZI

3.2.1 Responsabilità del committente

3.2.2 Committenza lavori di straordinaria manutenzione

3.2.3 Immobili e terreni

3.2.4 Inquinamento accidentale

3.2.5 Danni da incendio

3.2.6 Interruzione di esercizio

3.2.7 Fonti radioattive

3..8 Uso di apparecchiature

3.3 RESPONSABILITA' CIVILE OPERAI (RC.O.)

3.3.1 Responsabilità civile operai (R.C.O.)

3.3.2 Malattie professionali

4. CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

4.1 GARANZIE AGGIUNTIVE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

4.1.1 Medicina estetica e chirurgia estetica ambulatorialeù

5. CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE OPERANTI PER STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

5.1 RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

5.1.1 Danni materiali a cose in custodia

5.1.2 Trasporto sanitario

SEZIONE C – QUANDO LA POLIZZA NON OPERA, CESSA O SI RINNOVA

6. CHE COSA NON ASSICURIAMO: "LE ESCLUSIONI"

6.1 Fatti noti

6.2 Richieste di risarcimento già notificate

6.3 Assicurato privo di abilitazione

6.4 Attività abusive

6.5 Attività non assicurate

6.6 Atti dolosi e fraudolenti

6.7 Gestione e uso della strumentazione

6.8 Parto, puerperio, diagnostica pre-natale e aborto

6.9 Danni estetici

6.10 Mancata rispondenza

6.11 Consenso informato

6.12 Attività on line di divulgazione

6.13 Amianto

6.14 Muffe e legionella

6.15 Difetto del farmaco

6.16 Uso di farmaci per scopi non terapeutici

6.17 Responsabilità del produttore

6.18 RC Prodotti

6.19 Mobbing, molestie, violenze e abusi

6.20 Multe, ammende e/o sanzioni dirette

6.21 Cose in custodia

6.22 Cose consegnate e non consegnate

6.23 Danni a cose o animali in custodia

6.24 Danni da circolazione veicoli soggetti a R.C.A. e altri veicoli

6.25 Difetti informatici/rischio informatico/cyber risk

6.26 Inquinamento
6.27 Radiazioni, contaminazioni e/o scorie nucleari
6.28 Guerra, atti terroristici
6.29 Spargimento di acqua
6.30 Esplosivi
6.31 Furto, rapina, estorsione
6.32 Covid
6.33 Eventi esteri
6.34 Violazione segreto professionale
6.35 Funzioni amministrative dirigenziali
6.36 Ingiuria e diffamazione
6.37 Restituzione compenso

7. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA
7.1 Cessazione
7.2 Diritto di recesso
7.3 Richiesta di risarcimento fraudolenta – clausola risolutiva espressa
7.4 Procedure di rinnovo
7.5 Casi di cessazione del tacito rinnovo

8. POSTUMA
8.1 Postuma per cessazione definitiva dell'attività
8.2 Postuma per gli esercenti la professione sanitaria cessati

9. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

SEZIONE D – LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO
10. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO
CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI
10.1 Cosa, quando e come comunicare agli assicuratori
10.2 Cosa ulteriormente comunicare agli assicuratori, quando e come
10.3 Obblighi dell'assicurato
10.4 Gestione della richiesta di risarcimento – SIR "parzialmente assistita"
10.5 Gestione della richiesta di risarcimento – attività degli assicuratori
10.6 Gestione delle domande di mediazione
10.7 Pagamento dell'indennizzo
10.8 Cosa succede quando gli assicurati pagano l'indennizzo in base alla polizza: la surrogazione

IL CONTRAENTE

……

5. <u>Approvazione clausole opponibile al terzo</u>
***ai sensi dell'art.8 del D.M. 232/2023* di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli dell'allegata POLIZZA:**

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE
1.3 Se il premio non e' stato pagato la garanzia assicurativa non opera: il "pagamento del premio"
1.5 Come opera la polizza in caso di limitazioni del contratto assicurativo / sir

SEZIONE B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
2.3 Clausola claims made: copertura delle richieste di risarcimento

SEZIONE C – QUANDO LA POLIZZA NON OPERA, CESSA O SI RINNOVA
6. CHE COSA NON ASSICURIAMO: "LE ESCLUSIONI"
6.1 Fatti noti
6.2 Richieste di risarcimento già notificate

6.3 Assicurato privo di abilitazione
6.5 Attività non assicurate
6.6 Atti dolosi e fraudolenti
6.7 Gestione e uso della strumentazione
6.8 Parto, puerperio, diagnostica pre-natale e aborto
6.9 Danni estetici
6.10 Mancata rispondenza
6.11 Consenso informato
6.12 Attività on line di divulgazione
6.13 Amianto
6.14 Muffe e legionella
6.15 Difetto del farmaco
6.17 Responsabilità del produttore
6.18 RC Prodotti
6.19 Mobbing, molestie, violenze e abusi
6.20 Multe, ammende e/o sanzioni dirette
6.21 Cose in custodia
6.22 Cose consegnate e non consegnate
6.24 Danni da circolazione veicoli soggetti a R.C.A. e altri veicoli
6.25 Difetti informatici/rischio informatico/cyber risk
6.26 Inquinamento
6.27 Radiazioni, contaminazioni e/o scorie nucleari
6.28 Guerra, atti terroristici
6.29 Spargimento di acqua
6.30 Esplosivi
6.31 Furto, rapina e estorsione
6.32 Covid

IL CONTRAENTE

.....

5. ***Consenso al trattamento dei dati personali***

Letta l'allegata Informativa Privacy predisposta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (EU) 2016/679 (nel seguito il "Regolamento"), Le chiediamo inoltre, ai sensi degli artt. 6, 7 e 9 del Regolamento, di esprimere il consenso per i trattamenti dei dati da svolgere nell'ambito delle operazioni e servizi da Lei richiesti, come descritti nell'informativa e precisamente per:

a. il trattamento di categorie particolari di dati personali previste dall'art. 9 del Regolamento e per le finalità di cui all'Informativa. La informiamo che le categorie particolari di dati personali (già "dati sensibili") oggetto del trattamento possono essere, ad esempio, i dati relativi allo stato di salute;

b. la comunicazione di categorie particolari di dati personali previste dall'art. 9 del Regolamento ai soggetti indicati nell'Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti per le finalità di cui all'informativa medesima;

IL CONTRAENTE

.....

c. [facoltativo] per lo svolgimento da parte di Lloyd's Insurance Company S.A. di attività di informazione o di promozione commerciale di prodotti assicurativi, fermo il diritto di opporsi al relativo trattamento ai sensi dell'art. 21 par. 2 del Regolamento

IL CONTRAENTE

……

IL CONTRAENTE

……

Emesso in tre copie il 17/12/2025

Il PREMIO di: € 35.000,00 è stato versato in data ..…../..…../……..….

L'Incaricato: ……

Il presente documento è aggiornato al mese di Dicembre 2024

SOMMARIO

DUAL Healthcare Strutture Sanitarie Mix 2

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO 2

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 8

1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE 8

SEZIONE B - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 12

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO 12

3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI 13

4. CONDIZIONI OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA 17

5. CONDIZIONI PARTICOLARI OPERANTI SOLO PER STRUTTURE RESIDENZIALI 17

SEZIONE C – QUANDO LA POLIZZA NON OPERA, CESSA O SI RINNOVA 19

6. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI" 19

7. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA 24

8. LA POSTUMA 26

9. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA 27

SEZIONE D - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO 28

10. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA 28

DUAL Healthcare
Strutture Sanitarie Private

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE SANITARIA DI STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ASSISTENZIALI POLIAMBULATORI – LABORATORI ANALISI – STUDI MEDICI – STUDI ODONTOIATRICI

AVVERTENZA

Ai sensi dell'Articolo 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 9/2005) e dalle Linee Guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO e periodi di sospensione della garanzia contenute nella presente POLIZZA sono evidenziati in "grassetto".

DEFINIZIONI: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPRENSIONE DEL TESTO

I termini riportati in lettere maiuscole nella POLIZZA o nella SCHEDA DI POLIZZA allegata hanno il significato a loro attribuito di seguito:

LE PARTI

CONTRAENTE:	il soggetto giuridico con sede in Italia che stipula la POLIZZA nel proprio interesse e nell'interesse degli ASSICURATI.
ASSICURATO:	CONTRAENTE e la/e STRUTTURA/E SANITARIA/E indicata in SCHEDA DI POLIZZA e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURATORI:	i soggetti che prestano la copertura assicurativa indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.
STRUTTURA SANITARIA:	la struttura sanitaria privata avente sede in Italia che, in regime autonomo o accreditato con il S.S.N., eroga prestazioni per la cura dell'individuo; prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio; prestazioni in regime residenziale. **Non rientra nella definizione di struttura sanitaria la struttura che fornisce ricovero per acuti.**

ALTRE DEFINIZIONI UTILI

ATTI TERRORISTICI:	i. atti di forza e/o violenza: ii. verificatisi per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/o iii. diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/o iv. messi in atto a scopo di incutere paura alla popolazione o a parte di essa tramite persone che agiscono da sole o in nome e per conto o in collegamento a qualsiasi organizzazione.
ATTIVITA':	i servizi professionali resi dal CONTRAENTE/ASSICURATO in relazione alle prestazioni professionali riportate nella SCHEDA DI POLIZZA.

ATTIVITA' CHIRURGICA AMBULATORIALE O MININVASIVA:	attività, procedura o azione medica esercitabile ed autorizzata nell'ambito dell'ATTIVITA' riportata in SCHEDA DI POLIZZA che comporta la penetrazione nella pelle o nei tessuti del corpo con strumenti chirurgici o diagnostici che riducono al minimo il trauma legato all'attraversamento della parete del distretto coinvolto che può essere eseguito in anestesia locale, in un ambulatorio chirurgico appositamente attrezzato, che non richiede nessun ricovero e che prevede la dimissione del paziente alla fine della procedura chirurgica. **Non rientrano tra queste le attività chirurgiche eseguite con l'utilizzo di anestesia generale e/o anestesia spinale/epidurale e/o quelle che richiedono il ricovero del paziente.**
CHIRURGIA ESTETICA AMBULATORIALE	ATTIVITA' CHIRURGICA AMBULATORIALE O MININVASIVA in ambito estetico. **Non rientrano tra queste le procedure di rinoplastica, rinosettoplastica, settopalstica, lliposuzione e liposcultura anche se svolte senza il ricovero del paziente.**
COSE/BENI:	Oggetti materiali, inclusi gli animali.
COSTI E SPESE:	tutti i costi e le spese necessarie, sostenute da o in nome e per conto dell'ASSICURATO derivanti dall'investigazione, dalla difesa, dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO **con il consenso scritto degli ASSICURATORI.** COSTI e SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità del CONTRAENTE/ASSICURATO.
DANNO:	il pregiudizio economico conseguente a DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI
DANNI CORPORALI:	lesione personale o morte
DANNI MATERIALI:	il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di COSE/BENI
DANNI DA INQUINAMENTO INCIDENTALE:	DANNI conseguenti alla contaminazione imprevista, improvvisa e repentina dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza della STRUTTURA SANITARIA purché dovuti a guasti o rotture accidentali di impianti, condutture e/o serbatoi.
DIPENDENTE:	le persone fisiche soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro che operano alle dirette dipendenze del CONTRAENTE e/o della STRUTTURA SANITARIA e delle quali il CONTRAENTE / STRUTTURA SANITARIA si avvale nell'esercizio dell'ATTIVITA' indicata nella SCHEDA DI POLIZZA, purché nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti in materia di rapporto o di prestazione di lavoro. Non sono dipendenti i soggetti che operano in regime libero professionale.
DUAL ITALIA SPA:	l'Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'articolo 109 del D.Lgs. 209/2005 al n. A000167405 incaricato dagli ASSICURATORI della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla POLIZZA, di curare la gestione e la liquidazione delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO, di gestire e intrattenere i rapporti con i CONTRAENTI e l'ASSICURATI nonché con gli INTERMEDIARI che hanno contribuito all'intermediazione della POLIZZA. In caso di chiamata in garanzia, i relativi atti devono essere notificati agli ASSICURATORI al loro indirizzo PEC o al domicilio eletto indicato nella POLIZZA.
ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTE:	qualsiasi esercente la professione sanitaria e sociosanitaria DIPENDENTE

ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA STRUTTURATO:	qualsiasi esercente la professione sanitaria e sociosanitaria stabilmente inserito nell'organizzazione aziendale della STRUTTURA SANITARIA, che non agisce alle dirette dipendenze della STRUTTURA SANITARIA in applicazione di un contratto di lavoro subordinato o parasubordinato, ma svolge la propria attività sulla base di uno specifico accordo con la STRUTTURA SANITARIA in modo non indipendente dallo stesso, essendo tenuto al rispetto delle direttive aziendali impartitegli.
ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA LIBERO PROFESSIONISTA:	qualsiasi esercente la professione sanitaria e sociosanitaria che non agisce alle dirette dipendenze della STRUTTURA SANITARIA ma si avvale della stessa, a seguito di specifico accordo, per offrire le proprie prestazioni professionali nell'adempimento di autonoma obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente. La presente definizione include i componenti della équipe che operano sotto la diretta direzione o supervisione dell'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA LIBERO PROFESSIONISTA.
FATTI NOTI:	**qualsiasi atto o fatto pregresso, che possa dare luogo ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, di cui l'ASSICURATO sia a conoscenza per iscritto prima od alla data di decorrenza della POLIZZA**. Non sono FATTI NOTI le comunicazioni interne inerenti all'attività di Clinical Risk Management.
FATTURATO	La somma dei ricavi lordi conseguiti dal CONTRAENTE e dalle STRUTTURE SANITARIE indicate nella SCHEDA DI POLIZZA che risulta dall'ultimo bilancio approvato/depositato per tutte le prestazioni relative all'ATTIVITA' svolta dal CONTRAENTE e dalle STRUTTURE SANITARIE.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della POLIZZA.
INTERMEDIARIO:	il soggetto indicato nella SCHEDA DI POLIZZA autorizzato ad esercitare l'attività di intermediazione assicurativa in base alle leggi ed ai regolamenti applicabili.
LIMITE DI INDENNIZZO:	gli importi indicati in SCHEDA DI POLIZZA che costituiscono **l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascun SINISTRO/RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE**. **In nessun caso gli ASSICURATORI sono obbligati per somme eccedenti detto importo, indipendentemente dal numero di SINISTRI e/o ASSICURATI e/o danneggiati**.
MEDICINA ESTETICA	attività medica non invasiva o limitatamente invasiva che si pratica senza incisioni cutanee che richiedono sutura eseguita con applicazione superficiale esterna e/o con puntura o iniezione cutanea con ago esclusivamente di sostanze completamente riassorbibili o rimovibili.
PERDITE PATRIMONIALI	il pregiudizio economico che non sia conseguenza diretta o indiretta di DANNI MATERIALI e CORPORALI
PERIODO DI ASSICURAZIONE:	il periodo compreso tra le date di decorrenza e la data di scadenza indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.
POLIZZA:	il documento sottoscritto dal CONTRAENTE che prova l'assicurazione.
PREMIO:	la somma dovuta dal CONTRAENTE agli ASSICURATORI ai fini della garanzia assicurativa.

POSTUMA: il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE entro il quale l'ASSICURATO può notificare agli ASSICURATORI RICHIESTE DI RISARCIMENTO manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e riferite ad eventi, atti o fatti commessi o che si presuma siano stati commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE **o non prima dei 10 anni antecedenti la data di decorrenza della POSTUMA.**

RETROATTIVITÀ: **il periodo di tempo non inferiore a 10 anni, come previsto dall'art.5, comma 1 del Decreto Attuativo del 15 Dicembre 2023 N. 232, compreso tra la data indicata nella SCHEDA DI POLIZZA alla voce RETROATTIVITÀ e la data di decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**

Rientrano nell'ambito di applicazione della POLIZZA le sole RICHIESTE DI RISARCIMENTO denunciate dall'ASSICURATO per la prima volta durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE in conseguenza di eventi, atti o fatti commessi o che si presuma siano stati commessi entro tale periodo di RETROATTIVITÀ.

I LIMITI DI INDENNIZZO in aggregato indicati nella SCHEDA DI POLIZZA non s'intendono in alcun modo incrementati per effetto della RETROATTIVITA'.

Come funziona la retroattività?

In caso di retroattività limitata, ad esempio 10 anni, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato dalle conseguenze di azioni e/o omissioni colpose commesse fino a 10 anni prima la decorrenza del contratto. Azioni e/o omissioni colpose commesse in data antecedente, ad esempio 12 anni prima la decorrenza del contratto, non rientrano in copertura.

RICHIESTA DI RISARCIMENTO:

i. qualsiasi citazione in un giudizio civile, o in un procedimento penale;
ii. qualsiasi comunicazione della volontà di esercizio del diritto di surroga o di rivalsa;
iii. qualsiasi altra comunicazione scritta di richiesta DANNI e/o PERDITE PATRIMONIALI inviata, anche tramite un organismo di mediazione e/ o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (DL 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), all'ASSICURATO, o all'ASSICURATORE;

avanzata per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA.

Ai sensi dell'art.1, lett. o) del Decreto Attuativo del 15 Dicembre 2023 N. 232, **non costituiscono RICHIESTA DI RISARCIMENTO** fatti diversi da quelli elencati compresi:

a. la richiesta/sequestro della cartella clinica;
b. l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al DPR 10 settembre 1990 n.285;

la querela e l'avviso di garanzia.

SCHEDA DI POLIZZA: il documento che riporta i dati e le informazioni relative al CONTRAENTE, il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il LIMITE DI INDENNIZZO, il PREMIO ed eventuali dettagli delle garanzie prestate dalla POLIZZA.
La SCHEDA DI POLIZZA forma parte integrante della POLIZZA.
In caso di contrasto, le informazioni contenute nella SCHEDA DI POLIZZA prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.

SINISTRO qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO avanzata per la prima volta durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA.

SINISTRI IN SERIE: una pluralità di RICHIESTE DI RISARCIMENTO riconducibili allo stesso evento o allo stesso atto, errore o omissione devono intendersi come unico SINISTRO.

S.I.R. (SELF INSURANCE RETENTION) - AUTORITENZIONE

l'importo, indicato in SCHEDA DI POLIZZA, che resta a totale carico del CONTRAENTE e/o ASSICURATO per ciascun SINISTRO, **che non può essere a sua volta assicurato da altri.**
Pertanto per ogni SINISTRO indennizzabile dalla POLIZZA gli ASSICURATORI pagano soltanto le somme eccedenti tale importo.
L'Importo della S.I.R. non contribuisce ad erodere i LIMITI DI INDENNIZZO indicati in POLIZZA.

Come si applica il S.I.R. (SELF INSURANCE RETENTION) - AUTORITENZIONE

Garanzia soggetta a S.I.R.:

- limite di indennizzo: € 2.000.000
- ammontare del danno: € 150.000
- S.I.R.: € 10.000
- indennizzo: € 140.000

Danno di importo inferiore al valore della S.I.R.

- limite di indennizzo: € 1.000.000
- ammontare del danno: € 4.500
- S.I.R.: € 5.000
- indennizzo: € 0.00

SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO:

l'importo che rappresenta **l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna SINISTRO ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE, relativo a garanzie specifiche previste dalla POLIZZA**.
Il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO non è da intendersi in aggiunta al LIMITE DI INDENNIZZO ma è una parte di esso.
Resta inteso che gli ASSICURATORI, in nessun caso sono obbligati a risarcire SINISTRI/RICHIESTE DI RISARCIMENTO dopo l'esaurimento del LIMITE DI INDENNIZZO, fatto salvo per la garanzia di responsabilità civile verso si prestatori d'opera (R.C.O.), ove prevista, per cui la copertura opera anche dopo l'esaurimento del LIMITE DI INDENNIZZO e solo fino alla concorrenza del massimale minimo di garanzia stabilito dal D.M. 232/2023 e successive modificazioni.

Come si applica il sottolimite di indennizzo?

Garanzia soggetta a sottolimite inferiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 1.000.000
- sottolimite di indennizzo: € 250.000
- ammontare della perdita: € 370.000
- indennizzo: € 250.000

Garanzia soggetta a sottolimite superiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 1.000.000
- sottolimite di indennizzo: € 1.500.000
- ammontare della perdita: € 1.300.000
- indennizzo: € 1.000.000

TERZI:	qualsiasi persona fisica o giuridica, pubblica o privata, diversa dal CONTRAENTE/ STRUTTURA SANITARIA, dal suo legale rappresentante e dai suoi DIPENDENTI. Il legale rappresentante e i DIPENDENTI del CONTRAENTE/STRUTTURA SANITARIA sono considerati TERZI qualora subiscano DANNI CORPORALI per causa diversa da lavoro e/o servizio o in caso di DANNI MATERIALI a cose di loro proprietà

SEZIONE A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE

1.1	ALLA STIPULA DELLA POLIZZA È NECESSARIO FORNIRE INFORMAZIONI COMPLETE ED ESAURIENTI: "LE DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO"	Gli ASSICURATORI hanno determinato il PREMIO in base alle dichiarazioni contenute nella PROPOSTA rilasciate dal CONTRAENTE, il quale è **obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI.** **Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze da parte del CONTRAENTE relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'INDENNIZZO.** **In caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, gli ASSICURATORI esercitano il diritto di rivalsa per le somme che hanno dovuto pagare al terzo in conseguenza dell'inopponibilità di eccezioni previste dal DM 232/2024.** **Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.**
1.2	COSA FARE E COME OPERA LA POLIZZA IN PRESENZA DI ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE	**Il CONTRAENTE/STRUTTURA SANITARIA deve comunicare per iscritto agli ASSICURATORI l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte lo stesso rischio di cui alla POLIZZA.** **L'omissione dolosa di tale comunicazione può determinare la perdita del diritto all'indennizzo**. Gli ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA sono esonerati dall'obbligo di comunicazione preventiva. **In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO deve darne avviso a tutti gli assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civil, ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto in relazione al rispettivo contratto considerato indipendentemente dagli altri.** **Nel caso in cui la somma di tali richieste superi l'ammontare della RICHIESTA DI RISARCIMENTO, ciascun assicuratore è tenuto a pagare esclusivamente la quota dovuta in base al proprio contratto, fermo in ogni caso il LIMITE DI INDENNIZZO stabilito nella SCHEDA DI POLIZZA e ferme la SIR/FRANCHIGIA ove applicabili, escludendo ogni obbligazione ulteriore e in solido con altri assicuratori.** **Esclusivamente in caso di SINISTRO e/o RICHIESTA DI RISARCIMENTO avanzata nei confronti dell'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTE e/o STRUTTURATO e/o LIBERO PROFESSIONISTA la cui responsabilità personale è coperta dalla presente POLIZZA, la copertura opera fermi LIMITI DI INDENNIZZO, SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO e FRANCHIGIA/S.I.R. indicati in SCHEDA DI POLIZZA, secondo il disposto dell'art. 1910 c.c. fermo il diritto di regresso degli ASSICURATORI contro gli altri assicuratori (della responsabilità degli ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA) per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.** **L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare la perdita del diritto all'INDENNIZZO.**

1.3	SE IL PREMIO NON E' PAGATO LA GARANZIA ASSICURATIVA NON OPERA: IL "PAGAMENTO DEL PREMIO"	Fermi gli effetti sospensivi della copertura in caso di mancato pagamento del PREMIO, la POLIZZA ha effetto **dalle ore 24 del giorno indicato in POLIZZA se il PREMIO o la prima rata di PREMIO sono stati pagati entro 30 giorni dalla data di decorrenza indicata nella SCHEDA DI POLIZZA, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento (articolo 1901 del Codice Civile).** Il PREMIO è sempre determinato per PERIODI DI ASSICURAZIONE di un anno intero, ad eccezione di eventuali ratei alla firma, indipendentemente dall'eventuale frazionamento rateale. Pertanto, se il CONTRAENTE non paga le rate di PREMIO successive alla prima, **la POLIZZA resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze, **fatto salvo il diritto degli ASSICURATORI di percepire il pagamento dei PREMI scaduti e delle spese correlate (articolo 1901 del Codice Civile).** **Le parti concordano che il mancato pagamento del PREMIO o di rate di PREMIO successive alla prima equivale al mancato pagamento del premio ai sensi dell'art.8, lettera d) del D.M. 232/2023 e comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.** **Il PREMIO deve essere pagato all'INTERMEDIARIO designato, come indicato nella SCHEDA DI POLIZZA**
1.4	ONERI FISCALI	Gli oneri fiscali relativi alla POLIZZA sono a carico del CONTRAENTE.
1.5	COME OPERA LA POLIZZA IN CASO LIMITAZIONI DEL CONTRATTO ASSICURATIVO / SIR	**Ai sensi dell'art.8, lettera c) del D.M. 232/2023, la copertura assicurativa è prestata con l'applicazione di S.I.R. indicata in SCHEDA DI POLIZZA.**
1.6	COME OPERA LA POLIZZA: SINISTRO DI RC SANITARIA	Sono considerati SINISTRI di R.C. Sanitaria le RICHIESTE DI RISARCIMENTO per DANNI CORPORALI occorsi a TERZI pazienti della STRUTTURA SANITARIA/ASSICURATO conseguenti all'esercizio dell'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA. Fatto salvo per i DANNI subiti dal paziente durante le attività di trasporto sanitario per il trasferimento dello stesso verso una STRUTTURA SANITARIA assicurata oppure una diversa Struttura Sanitaria. Tali DANNI rientrano nella copertura R.C. Sanitaria solo se derivano direttamente da responsabilità nell'esercizio dell'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA. Sono incluse le cadute accidentali di TERZI pazienti della STRUTTURA SANITARIA/ASSICURATO che non derivino da responsabilità per l'esercizio dell'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA. Sono esclusi DANNI a TERZI che non assumono la qualifica di paziente della STRUTTURA SANITARIA/ASSICURATO i quali rientrano nella copertura Responsabilità Civile verso Terzi (RCT), se operante
1.7	COME SI MODIFICANO I CONTENUTI DELLA POLIZZA: "MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE"	Eventuali modifiche alla POLIZZA o cessioni di diritti ad essa relativi sono **valide ed efficaci solo se accettate per iscritto dagli ASSICURATORI** ed a fronte dell'emissione di una appendice alla POLIZZA.
1.8	AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	Il CONTRAENTE/ASSICURATO deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni mutamento che comporti un aggravamento del

rischio. **In tal caso, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile "Aggravamento del Rischio" gli ASSICURATORI hanno il diritto di recedere dalla POLIZZA, oppure di proporre una nuova POLIZZA con differenti condizioni di assunzione del rischio**.

Gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO nonché il recesso degli ASSICURATORI dal contratto.

1.9 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il CONTRAENTE ha interesse a comunicare agli ASSICURATORI ogni eventuale mutamento che produca una diminuzione del rischio assicurato.

Nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI sono tenuti a ridurre il PREMIO, a decorrere dalla scadenza della rata di PREMIO o dal PREMIO successivi alla comunicazione del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile "Diminuzione del Rischio". Inoltre, gli ASSICURATORI rinunciano al proprio diritto di recesso previsto dal suddetto articolo.

1.10 CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Si conviene che la presente POLIZZA è **disciplinata esclusivamente dalla legge e dalla procedura italiane**. Eventuali controversie derivanti da o in relazione alla presente POLIZZA sono soggette in via esclusiva alla giurisdizione del competente tribunale italiano.
Tutte le chiamate in giudizio, gli atti e gli avvisi relativi a procedure legali tesi ad avviare un procedimento giudiziale in relazione alla presente POLIZZA devono ritenersi correttamente notificati presso:

LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
nella persona del Rappresentante per l'Italia
Corso Garibaldi 86 – 20121 Milano

La presente Clausola di Notifica Atti e Giurisdizione non è da intendersi in contrasto con quanto contrattualmente previsto per la risoluzione delle controversie, né la stessa prevale su ogni previsione di POLIZZA volta al componimento delle liti.

1.11 COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA

Qualora la POLIZZA sia stipulata per il tramite di un INTERMEDIARIO iscritto nella Sezione B del R.U.I. (broker) - nel seguito "Il Broker" - con la sottoscrizione della presente POLIZZA, **l'ASSICURATO prende atto e accetta quanto segue:**

i. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker si considera effettuata all'ASSICURATO;
ii. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker si considera effettuata dall'ASSICURATO;
iii. ogni comunicazione da DUAL ITALIA SPA al Broker e/o all'ASSICURATO si considera effettuata dagli ASSICURATORI;
iv. ogni comunicazione a DUAL ITALIA SPA dal Broker e/o dall'ASSICURATO si considera effettuata agli ASSICURATORI.

1.12 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento di premi insoluti è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DUAL ITALIA SPA.
Per tutto quanto non è diversamente regolato nel presente articolo si applica quanto indicato alla CLAUSOLA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE.

1.13 LEGGE APPLICABILE

Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente POLIZZA **si applica la legge italiana.**

1.14	TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI	Nel caso in cui la STRUTTURA SANITARIA sia a partecipazione pubblica gli ASSICURATORI si assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'articolo 3 della Legge 136 del 13 agosto 2010 e successive modificazioni e/o integrazioni. Gli ASSICURATORI si obbligano a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura – ufficio territoriale del Governo della provincia cui appartiene la stazione appaltante – dell'inadempimento della eventuale propria controparte contrattuale (subappaltatore - subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.
1.15	MISURE RESTRITTIVE (SANCTION LIMITATION EXCLUSION CLAUSE)	**Gli ASSICURATORI sono esonerati dall'obbligo di prestare la copertura assicurativa e di indennizzare qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO e comunque ad eseguire qualsiasi prestazione in forza della presente POLIZZA se e nella misura in cui tale copertura, pagamento di INDENNIZZO od esecuzione di tale prestazione esponga gli ASSICURATORI o i loro riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni in base a risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni di natura commerciale od economica in base a leggi o regolamenti di qualunque paese dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.**
1.16	ESLUSIONE DELLA RESPONSABILITA' SOLIDALE DEGLI ASSICURATORI - SEVERAL LIABILITY NOTICE/CLAUSE	**Ai fini della presente clausola gli ASSICURATORI di questo contratto sono certi membri del Lloyd's che aderiscono ai Sindacati.** **La responsabilità degli ASSICURATORI è disgiunta e non solidale con quella degli altri ASSICURATORI.** **Ogni ASSICURATORE è responsabile per la quota di rischio che ha assunto.** **Ogni ASSICURATORE non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro ASSICURATORE che per qualsiasi motivo non soddisfa in tutto o in parte i suoi obblighi.**

SEZIONE B – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

2. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

La garanzia è prestata esclusivamente per le attività valorizzate nella SCHEDA DI POLIZZA.

2.1 RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI / RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA DELLA STRUTTURA SANITARIA

A fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne la STRUTTURA SANITARIA di quanto questa sia tenuta a pagare quale civilmente responsabile, a qualunque titolo, per DANNI involontariamente cagionati a TERZI nell'esercizio dell'ATTIVITA' indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.

E' inclusa la responsabilità che a qualunque titolo ricade sulla STRUTTURA SANITARIA per i DANNI involontariamente cagionati a TERZI da qualsiasi soggetto, anche non DIPENDENTE, di cui la STRUTTURA SANITARIA stessa debba rispondere ai sensi di legge e in base alla normativa vigente.

2.2 RESPONSABILITÀ PERSONALE DEI DIPENDENTI NON SANITARI E DEGLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTI E STRUTTURATI

a fronte del pagamento del PREMIO convenuto, la copertura opera per i DANNI arrecati a TERZI nello svolgimento delle mansioni o degli incarichi svolti per conto della STRUTTURA SANITARIA attribuibili a responsabilità civile personale di:

- tutti i DIPENDENTI e da parte del personale ad essi equiparato ai sensi della normativa vigente che non esercita la professione sanitaria;
- volontari, appartenenti o non ad associazioni di volontariato, e/o soggetti terzi appositamente incaricati dalla STRUTTURA SANITARIA per le attività di natura assistenziale e/o di accoglienza; non rientrano, tra le stesse, le attività di natura sanitaria;
- ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTI e STRUTTURATI
- personale medico in formazione tecnico-professionale e/o perfezionamento, ivi compresi stagisti, tirocinanti, specializzandi e borsisti.

La presente garanzia opera ancorché, al momento del SINISTRO, i soggetti di cui sopra non prestino più la propria attività in favore della STRUTTURA SANITARIA.

I soggetti per i quali è operativa la presente garanzia sono individuati tramite documentazione interna, atti, registrazioni e contratti tenuti dalla STRUTTURA SANITARIA che dovranno essere forniti agli ASSICURATORI dietro semplice richiesta degli stessi.

Non rientra nella presente estensione la responsabilità personale degli ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA LIBERI PROFESSIONISTI che operano presso la STRUTTURA SANITARIA che deve verificare la sottoscrizione da parte loro di una polizza di

assicurazione individuale a primo rischio a copertura della propria responsabilità civile verso terzi derivante dall'esercizio dell'attività medico-sanitaria i cui massimali termini e condizioni siano in linea con la Legge n. 24 del 2017 e successive modificazioni.

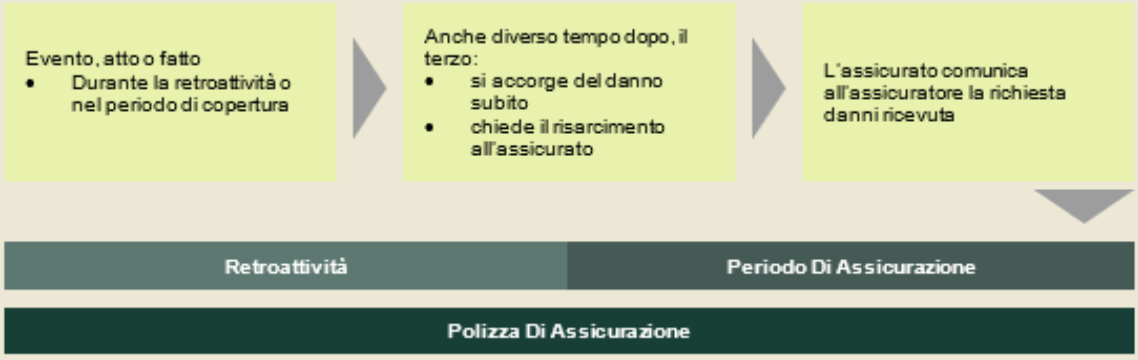
2.3 CLAUSOLA CLAIMS MADE: COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

La POLIZZA è prestata nella forma *Claims Made*, essa pertanto copre SINISTRI e RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti a comportamenti commessi dall'ASSICURATO, e/o dalle persone delle quali la STRUTTURA SANITARIA deve rispondere, nell'esercizio dell'ATTIVITA' indicata nella SCHEDA DI POLIZZA durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITÀ e avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questi debitamente denunciate agli ASSICURATORI nel medesimo periodo.

Quando si attiva la polizza e come funziona la clausola *claims made*?

La polizza si attiva al momento della comunicazione dell'assicurato all'assicuratore della richiesta di risarcimento da parte del danneggiato, pertanto le relative garanzie assicurative opereranno anche diverso tempo dopo che l'assicurato abbia commesso l'azione e/o l'omissione colposa, purché:

- l'azione e/o l'omissione colposa non fosse nota al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo
- il contratto prevede un periodo di retroattività.



3. COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima include anche le seguenti garanzie:

3.1 RESPONSABILITA' CIVILE SANITARIA - CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

Se non diversamente pattuito, la garanzia è prestata **con l'applicazione della SIR/FRANCHIGIA indicata nella SCHEDA DI POLIZZA**

3.1.1 SANGUE ED EMODERIVATI

I DANNI CORPORALI causati a TERZI da raccolta, distribuzione ed uso di sangue, emocomponenti ed emoderivati, organi e tessuti, in esecuzione delle ATTIVITA' indicate in SCHEDA DI POLIZZA.
La presente garanzia opera **a condizione che la STRUTTURA SANITARIA abbia adempiuto alle obbligazioni riguardanti i test preventivi prescritti dalle vigenti disposizioni di legge e di regolamento. Resta inteso che la POLIZZA non copre la responsabilità dei produttori e fornitori di emocomponenti e emoderivati.**

3.1.2 INFEZIONI NOSOCOMIALI

I DANNI CORPORALI subiti da TERZI pazienti della STRUTTURA SANITARIA conseguenti a contrazione e/o potenziale contrazione e/o propagazione di batteri quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- staffilococco aureus resistente alla meticillina (MRSA),
- staffilococco auresus di resistenza media ai glicopeptidi (GISA),
- clostridium cifficile (CD),
- cinetobatteri resistenti agli antibiotici multipli (MARA),
- proteus mirabilis resistenti alle cefalosporine di III generazione,
- enterobacter resistenti alle cefalosporine di III generazione,
- citrobacter freundii resistenti alle cefalosporine di III generazione,
- pseudomonas aeruginosa multiresistente, acinetobacter multiresistente, atanotrophomonas maltophilia multi resistente.

3.2 . GARANZIE ACCESSORIE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

Se non diversamente pattuito, la garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO e della S.I.R./FRANCHIGIA indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.**

3.2.1 RESPONSABILITA' DEL COMMITTENTE

I DANNI causati a TERZI la cui responsabilità ricade sulla STRUTTURA SANITARIA nella sua qualità di committente di lavori e/o servizi.

La presente garanzia include i DANNI causati a TERZI, da DIPENDENTI della STRUTTURA SANITARIA derivanti dalla guida di veicoli a motore **a condizione che**:

i. i veicoli a motore non siano di proprietà, in usufrutto oppure locati al CONTRAENTE/ASSICURATO;
ii. i veicoli non a motore siano condotti nei luoghi ove viene svolta l'ATTIVITÀ indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.

Sono esclusi dalla presente estensione di garanzia:

- **i DANNI provocati da DIPENDENTI non in possesso di abilitazione di guida secondo le disposizioni vigenti**
- **i DANNI provocati dalla guida di un veicolo a motore non in regola con l'assicurazione obbligatoria per la circolazione dei veicoli di cui alla Legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche.**

La presente estensione di garanzia è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura di cui benefici il proprietario e/ o il conducente del veicolo che ha cagionato il danno.

3.2.2 COMMITTENZA LAVORI DI STRAORDINARIA MANUTENZIONE

I DANNI CORPORALI a TERZI, la cui responsabilità ricade sulla STRUTTURA SANITARIA nella sua qualità di committente di lavori di straordinaria manutenzione dei fabbricati dove sono svolte le ATTIVITÀ indicate nella SCHEDA DI POLIZZA **a condizione che**:

- tali lavori siano regolarmente appaltati a TERZI;
- la STRUTTURA SANITARIA abbia adottato il piano di sicurezza e coordinamento ed abbia designato il responsabile dei lavori, il coordinatore per la progettazione ed il coordinatore per l'esecuzione dei lavori, conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. 81/2008.

Sono inclusi i DANNI MATERIALI a COSE/BENI di TERZI o di DIPENDENTI che si trovino nell'ambito di esecuzione dei suddetti lavori a condizione che:
- la STRUTTURA SANITARIA sia committente dei suddetti lavori
- tali COSE/BENI non siano oggetto diretto o strumento dei lavori .

La presente estensione di garanzia non opera in relazione a qualsiasi responsabilità professionale.

3.2.3	IMMOBILI E TERRENI	I DANNI a TERZI, la cui responsabilità ricade sulla STRUTTURA SANITARIA nella sua qualità di proprietario, possessore o conduttore di immobili, unità immobiliari, locali e terreni, dove sono svolte le ATTIVITÀ indicate nella SCHEDA DI POLIZZA, inclusi impianti, ascensori, montacarichi, scale mobili, cavi radio e televisione, recinzioni, cancelli elettrici e simili ed ogni pertinenza ed accessorio, spazi usati come giardini, parchi (inclusi gli alberi di alto fusto), parcheggio di auto, aree di carico e scarico e/o depositi all'aria aperta.
3.2.4	INQUINAMENTO ACCIDENTALE	I DANNI DA INQUINAMENTO ACCIDENTALE cagionati a TERZI da guasti o rotture improvvise e accidentali di impianti e condutture. **Sono esclusi i DANNI DA INQUINAMENTO ACCIDENTALE di cui l'ASSICURATO o le persone delle quali debba rispondere siano responsabili a titolo di danno ambientale ai sensi dell'articolo 311 D.L. 135/2009 e successive modificazioni ed integrazioni**. La garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 250.000 e della SIR indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.**
3.2.5	DANNI DA INCENDIO	I DANNI MATERIALI a COSE/BENI di TERZI o di DIPENDENTI conseguenti ad incendio ed esplosione di cose di proprietà della STRUTTURA SANITARIA o da questi detenute a qualsiasi titolo. Tale garanzia **opera a secondo rischio e quindi ad integrazione e dopo esaurimento dei massimali di eventuali altre coperture aventi ad oggetto garanzie in tutto o in parte previste dalla presente POLIZZA.** La garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 250.000 e della SIR indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.**
3.2.6	INTERRUZIONE DI ESERCIZIO	I DANNI PATRIMONIALI cagionati a TERZI a causa di interruzione totale o parziale di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi di TERZI in conseguenza di un fatto indennizzabile a termini della presente POLIZZA. La garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 250.000 e della SIR indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.**
3.2.7	FONTI RADIOATTIVE	I DANNI causati a TERZI da possesso e uso di fonti radioattive o magnetiche a condizione che: - tale possesso o uso sia connesso alle ATTIVITA' indicate nella SCHEDA DI POLIZZA; - tale possesso o uso sia eseguito in osservanza alla legislazione vigente e alle prescrizioni delle competenti autorità ed in aree idoneamente protette. La garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 250.000 e della SIR indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.**
3.2.8	USO DI APPARECCHIATURE	I DANNI causati a TERZI dall'uso, in esecuzione dell'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA, di apparecchiature per fini medici ed elettromedici, o per fini diagnostici o terapici, inclusi macchinari per radiografie, radioisotope, radionuclide e altre apparecchiature simili.

4.3. RESPONSABILITA' CIVILE OPERAI (R.C.O.)

Se non diversamente pattuito, la garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 2.0000.000 e della S.I.R. indicata nella SCHEDA DI POLIZZA**

3.3.1 RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I DIPENDENTI (R.C.O.)

Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne la STRUTTURA SANITARIA di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) a favore del DIPENDENTE quale civilmente responsabile:

- ai sensi degli artt. 10 e 11 del D. P. R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, nonché del Decreto Legislativo 23/2/2000, n. 38 per gli infortuni sofferti durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE da DIPENDENTI assicurati ai sensi del predetto D.P.R. e addetti alle ATTIVITA' indicate nella SCHEDA DI POLZZA, nonché dei lavoratori parasubordinati così come definiti dall'art. 5 del D.Lgs.vo n. 38/2000, i prestatori di lavoro temporaneo di cui l'assicurato si avvale ai sensi della legge 24/06/97 n. 106 nella sua qualità di azienda utilizzatrice (lavoratori interinali) e successive modifiche ed integrazioni – compresa la legge 14 Febbraio 2003 n.30 e D.L.10 Settembre 2003, n. 276 per la somministrazione professionale di manodopera;

- ai sensi del Codice Civile a titolo di Risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del Decreto Legislativo 23/2/2000 n. 38 cagionati durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE ai DIPENDENTE inclusi i prestatori di lavoro di cui al precedente punto a), per morte e per lesioni personali da infortunio dalle quali sia derivata un'invalidità permanente.

La copertura R.C.O. è efficace **a condizione che, al momento del SINISTRO, la STRUTTURA SANITARIA sia in regola con le coperture assicurative e previdenziali obbligatorie per legge, nonché con la normativa in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro;** qualora l'irregolarità derivi da involontaria inesatta interpretazione delle norme vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità.

La presente garanzia si applica anche alle azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12/6/1984 n. 222 e dagli enti previdenziali ed assicurativi ai sensi di legge.

3.3.2 MALATTIE PROFESSIONALI

Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne la STRUTTURA SANITARIA di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) a favore del DIPENDENTE per malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e/o ritenute tali dalla magistratura che si manifestino per la prima volta durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE **con esclusione di:**

i. **ricaduta di malattia professionale precedentemente risarcita o risarcibile;**
ii. **malattie professionali manifestate dopo che siano decorsi 24 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro;**
iii. **malattie professionali conseguenti all'intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del legale rappresentante della STRUTTURA SANITARIA;**
iv. **malattie professionali conseguenti all'intenzionale mancata prevenzione del DANNO, da parte del legale rappresentante della STRUTTURA SANITARIA, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni,**
v. **malattie professionali conseguenti alla lavorazione e/o esposizione all'amianto, alla silice o silicio (comprese asbestosi e silicosi) o a qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o natura l'amianto o, ancora, a campi elettromagnetici e sostanze cancerogene.**

Con riferimento al punto iv. la copertura si intende, invece, estesa ai DANNI verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, vengano intrapresi accorgimenti atti a sanare la stessa.
La presente garanzia si applica anche alle azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12/6/1984 n. 222 e dagli enti previdenziali ed assicurativi ai sensi di legge.

4. CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima può offrire le seguenti ulteriori garanzie:

4.1 GARANZIE ACCESSORIE DI RESPONSABILITA' CIVLE SANITARIA

Se non diversamente pattuito, la garanzia è prestata **con l'applicazione della S.I.R. indicata nella SCHEDA DI POLIZZA**

4.1.1 MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA ESTETICA AMBULATORIALE

in deroga dell'esclusione 6.9 DANNI ESTETICI, **fermo restando le altre esclusioni di POLIZZA,** la copertura è estensa ai DANNI CORPORALI di natura estetica e fisionomica subiti da TERZI pazienti della STRUTTURA SANITARIA conseguenti a interventi di CHIRURGIA ESTETICA AMBULATORIALE, **purché tale attività sia stata valorizzata in SCHEDA DI POLIZZA.**

5. CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE OPERANTI PER STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Se non diversamente pattuito, la garanzia è prestata con **l'applicazione del LIMITE DI INDENNIZZO e della S.I.R./ FRANCHIGIA indicati nella SCHEDA DI POLIZZA**

La garanzia è prestata esclusivamente per l'attività di struttura residenziale o semiresidenziale indicata in SCHEDA DI POLIZZA ed esclusivamente per le attività valorizzate nella SCHEDA DI POLIZZA.

5.1 RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

5.1.1	DANNI MATERIALI A COSE IN CUSTODIA	A parziale deroga dell'esclusione 6.21 – COSE IN CUSTODIA sono coperti i DANNI MATERIALI a COSE di TERZI causati da deterioramento, distruzione o sottrazione delle cose in consegna e custodia ai sensi degli articoli 1783 e 1785 bis del codice civile, portate nella STRUTTURA SANITARIA dal TERZO. La garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 10.000 e della SIR indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.**
5.1.2	TRASPORTO SANITARIO	Fermo quanto previsto dall'art. 6.24 – DANNI DA CIRCOLAZIONE VEICOLI SOGGETTI A R.C.A. E ALTRI VEICOLI sono coperti i DANNI causati a TERZI conseguenti ad attività di trasporto sanitario per il trasferimento del paziente verso una STRUTTURA SANITARIA assicurata oppure una diversa Struttura Sanitaria escluse le attività di trasporto di organi, trasporto e soccorso svolte con mezzi aerei. La garanzia è prestata con **l'applicazione del SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad € 500.000 e della SIR indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.**

SEZIONE C – QUANDO LA POLIZZA NON OPERA, CESSA O SI RINNOVA

6. CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"

La POLIZZA non copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino su, che traggano origine da, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza di, o che comunque riguardino:

6.1	**FATTI NOTI**	i. qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO inviata all'ASSICURATO in data precedente la data di decorrenza della POLIZZA; ii. ogni conseguenza di FATTI NOTI; iii. qualsiasi evento, fatto, azione od omissione verificatosi prima della RETROATTIVITA' indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.
6.2	**RICHIESTE DI RISARCIMENTO GIÀ NOTIFICATE**	RICHIESTE DI RISARCIMENTO presentate all'ASSICURATO al di fuori del PERIODO DI ASSICURAZIONE e/o RICHIESTE DI RSARCIMENTO già notificate dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori.
6.3	**ASSICURATO PRIVO DI ABILITAZIONE**	eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento di ATTIVITÀ per cui la STRUTTURA SANITARIA, l'ASSICURATO e/o gli ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTI, STRUTTURATI e/o LIBERI PROFESSIONISTI siano privi delle abilitazioni e/o autorizzazioni all'esercizio dell'attività e/o della professione previste dalla normativa vigente o la cui abilitazione e/o autorizzazione sia stata negata, sospesa cancellata o revocata dalle autorità competenti. In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa in relazione agli eventi, errori od omissioni accaduti o commessi successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO. La POLIZZA mantiene la sua efficacia rispetto alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della data di sospensione, cancellazione, revoca.
6.4	**ATTIVITA' ABUSIVE**	attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento dello svolgimento delle attività.
6.5	**ATTIVITA' NON ASSICURATE**	eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento di attività diverse da quelle indicate nella SCHEDA DI POLIZZA e/o che non sono oggetto della copertura assicurativa.
6.6	**ATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI**	frode o furto o qualsiasi atto od omissione dolosi dell'ASSICURATO o di qualsiasi soggetto di cui l'ASSICURATO deve rispondere fermo quanto previsto all'art. 2.1 che precede.

6.7	**GESTIONE E USO DELLA STRUMENTAZIONE**	RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti alla mancata osservanza delle istruzioni del produttore del Ministero della Salute o di altra autorità competente relativamente a: i. uso, utilizzo, conservazione di qualsiasi strumento o attrezzatura usata o da usare nello svolgimento dell'ATTIVITÀ indicata nella SCHEDA DI POLIZZA da parte dell'ASSICURATO e che sia destinato ad entrare in contatto con liquidi corporei (sia umani che animali) o sia destinato a penetrare tessuti (sia umani che animali) ii. sterilizzazione prima di ogni utilizzo, per strumenti o attrezzature adibite ad un uso ripetuto, mediate utilizzo di una delle seguente modalità: a) uso di apparecchi di sterilizzazione approvati dal produttore e secondo le istruzioni, raccomandazioni e linee guida di tale produttore; b) applicazione delle linee guida del Ministero della Salute o altra autorità competente; iii. mantenimento in ottimale stato di manutenzione, conservazione e funzionamento, ed eventuale riparazione solo da personale qualificato.
6.8	**PARTO, PUERPERIO, DIAGNOSTICA PRE-NATALE E ABORTO**	DANNI CORPORALI subiti da TERZI pazienti dei reparti di maternità, ostetricia e/o punto nascite, o comunque inerenti a: i. la gestazione e/o la consulenza medica; ii. la nascita, incluso il parto, sia esso naturale (pilotato oppure no) o cesareo; iii. il puerperio e prestazioni di neonatologia esclusivamente sino al novantesimo giorno di vita del neonato. iv. l'aborto clinico.
6.9	**DANNI ESTETICI**	DANNI CORPORALI di natura estetica e fisionomica, conseguenti ad attività di MEDICINA ESTETICA o CHIRURGIA ESTETICA AMBULATORIALE. Devono tuttavia ritenersi inclusi in garanzia i danni conseguenti ad attività ricostruttiva o riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie.
6.10	**MANCATA RISPONDENZA**	I DANNI derivanti dalla mancata rispondenza all'impegno di risultato assunto dall'ASSICURATO, ferma l'operatività della copertura per DANNI CORPORALI derivanti da errore tecnico nell'esecuzione della prestazione sanitaria e/o dell'intervento chirurgico.
6.11	**CONSENSO INFORMATO**	I DANNI derivanti da violazione della libertà di autodeterminazione del paziente imputabili ad assenza o incompletezza del consenso informato, ferma l'operatività della copertura per DANNI CORPORALI derivanti da errore tecnico nell'esecuzione della prestazione sanitaria/dell'intervento chirurgico.
6.12	**ATTIVITA' ON LINE DI DIVULGAZIONE**	derivante da pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria.
6.13	**AMIANTO**	presenza di muffe tossiche o di amianto e/o di qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto nei luoghi ove è svolta l'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA.
6.14	**MUFFE E LEGIONELLA**	DANNI conseguenti a muffe e legionella.
6.15	**DIFETTO DEL FARMACO**	I DANNI causati o concausati da difetto del farmaco.

6.16	**USO DI FARMACI PER SCOPI NON TERAPEUTICI**	**DANNI derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'ASSICURATO.**
6.17	**RESPONSABILITA' DEL PRODUTTORE**	DANNI di cui debba rispondere per legge il produttore o derivanti da responsabilità civile dell'ASSICURATO in qualità di produttore.
6.18	**RC PRODOTTI**	DANNI causati da qualsiasi macchinario, merce o prodotto realizzato, fabbricato, imballato, distribuito o venduto dall'ASSICURATO, dopo la consegna ad un TERZO;
6.19	**MOBBING, MOLESTIE, VIOLENZE E ABUSI**	DANNI conseguenti a molestie, violenze o abusi, morali o psicofisici e similari violazioni dei diritti della persona, mobbing, bossing, stalking, ogni forma di discriminazione, persecuzione.
6.20	**MULTE, AMMENDE E/O SANZIONI DIRETTE**	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).
6.21	**COSE IN CUSTODIA**	DANNI a COSE, anche se conseguenti a difetto di manutenzione, che siano oggetto, utilizzo e/o strumento per lo svolgimento dell'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA detenute dall'ASSICURATO o allo stesso affidate. DANNI conseguenti a deterioramento, distruzione o sottrazione di COSE/ BENI di TERZI portate nella STRUTTURA SANITARIA dal paziente o dal visitatore incluso COSE/BENI dati in consegna e custodia a STRUTTURA SANITARIA/ASSICURATO ai sensi degli articoli 1883 e 1885 bis del codice civile. DANNI conseguenti a deterioramento, distruzione o sottrazione di COSE/ BENI di DIPENDENTI.
6.22	**COSE CONSEGNATE E NON CONSEGNATE**	DANNI MATERIALI causati da deterioramento, distruzione o sottrazione di oggetti preziosi, denaro, valori bollati , titoli di credito e valori in genere portate nella STRUTTURA SANITARIA sia consegnate sia non consegnate.
6.23	**DANNI A COSE O ANIMALI IN CUSTODIA**	**danni alle cose mobili e immobili (compresi gli animali) che l'ASSICURATO abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo.** **L'esclusione non opera per gli animali se l'INCARICO svolto dall'ASSICURATO è medico veterinario**
6.24	**DANNI DA CIRCOLAZIONE VEICOLI SOGGETTI A R.C.A. E ALTRI VEICOLI**	DANNI da proprietà, possesso, circolazione o uso di qualsiasi veicolo a motore o altri mezzi di trasporto, velivolo, imbarcazione, hovercraft inclusa l'esclusione di qualsiasi rischio oggetto dell'assicurazione obbligatoria per la circolazione dei veicoli a motore di cui alla Legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'INCARICO svolto dall'ASSICURATO.

6.25	**DIFETTI INFORMATICI / RISCHIO INFORMATICO / CYBER RISK**	- mancato o cattivo funzionamento dei sistemi informatici causato da difetto del software/hardware - attacco informatico, intrusioni non autorizzate nei sistemi informatici dell'ASSICURATO o diffusione di virus informatici, comunque avvenute, e/o azione, errore, omissione, negligenza, violazione colposa di doveri, che abbia determinato una violazione del sistema informatico dell'ASSICURATO Sono inclusi esclusivamente i DANNI CORPORALI a TERZI pazienti della STRUTTURA SANITARIA derivanti da quanto sopra
6.26	**INQUINAMENTO**	DANNI da inquinamento derivanti da guasti o rotture improvvise e accidentali di impianti e condutture.
6.27	**RADIAZIONI, CONTAMINAZIONI E/O SCORIE NUCLEARI**	radioattività, trasformazione o trasmutazione dell'atomo, sia con processo naturale o generato artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori etc.)
6.28	**GUERRA, ATTI TERRORISTICI**	i. guerra (dichiarata o meno), invasione, atti ostili di potenza straniera, ostilità e qualsiasi atto simile, condizione o operazione bellica da parte di una forza militare regolare o irregolare o altra autorità per respingere o difendere un attacco attuale od imminente; ii. insurrezione, ribellione, rivoluzione, rivolta, golpe, attentata usurpazione di potere, sommossa popolare o qualsiasi iniziativa adottata da una autorità governativa o militare per il loro respingimento o difesa, rilascio, esplosione o uso di armi di distruzione di massa, sia o meno di tipo nucleare, chimico, biologico, radioattivo o simili, da parte di chiunque in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione; iii. qualsiasi ATTO TERRORISTICO o qualsiasi altra azione per controllare, prevenire od eliminare un ATTO TERRORISTICO.
6.29	**SPARGIMENTO DI ACQUA**	spargimento di acqua, che non siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture;
6.30	**ESPLOSIVI**	possesso e uso di sostanze esplosive, salvo che ciò sia necessario per l'esecuzione di lavori commissionati dall'ASSICURATO e che l'attività venga svolta nel rispetto della normativa di legge.
6.31	**FURTO, RAPINA E ESTORSIONE**	derivante da furto, rapina ed estorsione
6.32	**COVID**	da qualsiasi responsabilità, derivante da o connessa a, o in qualsiasi modo coinvolgente direttamente o indirettamente: a) qualsiasi trasmissione di malattie da coronavirus (COVID -19) b) qualsiasi trasmissione di sindrome acuta respiratoria coronavirus 2 (SARS-CoV-2) c) qualsiasi trasmissione di qualsiasi mutazione o variazione di COVID -19 o SARS-CoV-2 d) qualsiasi paura o minaccia, reale o percepita, di a), b) o c) di cui sopra e) qualsiasi razionamento o rifiuto di cure mediche per controllare, prevenire, sopprimere, attenuare o in qualsiasi modo correlato a uno qualsiasi dei punti a), b) o c) di cui sopra La presente esclusione non si applica al trattamento di pazienti infettati da coronavirus (COVID-19)

6.33	**EVENTI ESTERI**	i) fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere al di fuori dell'AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA, come regolato all'art. 9; ii) SINISTRI e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO che diano origine ad azioni promosse al di fuori del territorio italiano fatto salvo quanto previsto all'art.9 - AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA.
6.34	**VIOLAZIONE SEGRETO PROFESSIONALE**	violazione dell'obbligo del segreto professionale.
6.35	**FUNZIONI AMMINISTRATIVE DIRIGENZIALI**	l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, direttivo, organizzativo, dirigenziale, aziendale
6.36	**INGIURIA E DIFFAMAZIONE**	RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da ingiuria o diffamazione.
6.37	**RESTITUZIONE COMPENSO**	di rimborso del compenso percepito dall'ASSICURATO per le prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro

7. QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA

7.1	CESSAZIONE	Salvo l'applicabilità della POSTUMA attivabile esclusivamente alle condizioni indicate all'art. 8.1 POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITA', questa POLIZZA cessa con effetto immediato in caso di: i. scioglimento del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE; ii. liquidazione del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE; iii. cessione del ramo di azienda del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE a terzi; **In tutti i casi sopra elencati la POLIZZA copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che possono dare origine ad una PERDITA notificate agli ASSICURATORI dopo la data di cessazione e fino alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, ma esclusivamente in relazione ad eventi commessi prima della data di cessazione ed esclusivamente in relazione alle attività dichiarate dal CONTRAENTE/ASSICURATO e indicate in SCHEDA DI POLIZZA.**
7.2	DIRITTO DI RECESSO	In deroga a quanto previsto dall'art.6 del Decreto Attuativo del 15 Dicembre 2023 N. 232, gli ASSICURATORI rinunciano all'esercizio del diritto di recesso.
7.3	RICHIESTA DI RISARCIMENTO FRAUDOLENTA – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA	Qualora l'ASSICURATO presenti o provochi intenzionalmente una RICHIESTA DI RISARCIMENTO falsa o fraudolenta, rappresenti intenzionalmente una falsa ed eccessiva quantificazione del danno e/o dichiari fatti non rispondenti al vero, produca documenti falsi, occulti prove, ovvero agevoli illecitamente gli intenti fraudolenti di terzi, **perde il diritto ad ogni INDENNIZZO**, **fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro l'ASSICURATO per gli INDENNIZZI già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.**
7.4	PROCEDURE DI RINNOVO	**In mancanza di disdetta inviata secondo le modalità di seguito indicate entro e non oltre 60 giorni prima della scadenza del PERIODO DI**

ASSICURAZIONE, la POLIZZA, di durata non inferiore ad un anno, **si rinnova tacitamente di anno in anno.**
La disdetta può essere spedita alternativamente:

i. mediante raccomandata A/R, inviata all'INTERMEDIARIO o a DUAL ITALIA SPA (fa fede la data del timbro postale);
ii. direttamente dal CONTRAENTE a DUAL ITALIA SPA tramite PEC all'indirizzo disdette@legalmail.it

7.5 CASI DI CESSAZIONE DEL TACITO RINNOVO

La polizza CESSA alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE con la conseguente **inapplicabilità del tacito rinnovo** nei seguenti casi:

A. <u>Aumento del FATTURATO</u>:

Nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa il FATTURATO:

i) sia superiore € 2.000.000
ii) sia aumentato in misura superiore al 30% rispetto al FATTURATO dell'anno precedente.

B. <u>Incidenza sul FATTURATO complessivo:</u>

Nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa:

a) **il FATTURATO relativo alle attività diverse da quelle sanitarie / assistenziali** (ad esempio asilo di qualsiasi grado, trasporto anche a scopo ricreativo, servizio mensa-ristorazione-bar, etc) incida sul FATTURATO complessivo in **misura superiore al 25%;**

b) il FATTURATO relativo alle seguenti attività incida sul FATTURATO complessivo **in misura superiore al 30%:**

i. attività di medicina o chirurgia estetica;

ii. Diagnostica prenatale;

iii. Trattamento delle dipendenze (alcool, stupefacenti, ecc)

c) il FATTURATO relativo alle seguenti attività incida sul FATTURATO complessivo **in misura superiore al 10%:**
i. PMA - Procreazione medicalmente assistita;
ii. Telemedicina.

i. <u>Variazioni rispetto all'anno precedente:</u>

Nel caso in cui durante l'annualità assicurativa si verifichi:

ii. aumento del numero delle sedi operative
iii. aumento del numero di DIPENDENTI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA oltre 50 in caso di Strutture Residenziali e oltre 20 in tutti gli altri casi;
iv. aumento del numero di LIBERI PROFESSIONISTI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA oltre 50;
v. aumento del numero di casi di infezione da SARS-Covid 19 superiore a 10 casi per pazienti e/o 10 casi per DIPENDENTI
vi. revoca dell'accreditamento al Servizio Sanitario Nazionale del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE;
vii. acquisizione da parte del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE di una Struttura Sanitaria;
viii. fusione od incorporazione del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE;
ix. esercizio da parte del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE di prestazioni e/o attività diverse da quelle svolte nell'anno precedente
x. aumento del numero delle prestazioni indicate in SCHEDA DI POLIZZA di oltre il 30%
xi. esercizio da parte del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE dell'attività chirurgica, anestesiologia odi attività connesse al parto;

xii. esercizio da parte del CONTRAENTE e/o di una delle STRUTTURE SANITARIE dell'attività di chirurgia bariatrica e camera iperbarica.

Al verificarsi di uno solo dei casi sopra indicati l'ASSICURATO si obbliga a comunicare agli ASSICURATORI la variazione ed a trasmettere il MODULO DI RACCOLTA DATI compilato con le nuove informazioni.
Gli ASSICURATORI si riservano la facoltà di formulare una offerta di rinnovo in base alle informazioni aggiornate.

In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base delle ultime informazioni note agli ASSICURATORI esclusivamente per le attività dichiarate ed indicate in SCHEDA DI POLIZZA, ed in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO l'ASSICURATO incorre nella riduzione parziale o totale del diritto all'INDENNIZZO

8. LA POSTUMA

8.1	POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITA'	In caso di **cessazione definitiva dell'ATTIVITA' della STRUTTURA SANITARIA** è facoltà del CONTRAENTE chiedere l'attivazione di una POSTUMA della durata di 10 anni con il pagamento di un PREMIO aggiuntivo **pari al 250% dell'ultimo PREMIO annuo pagato**, **entro e non oltre 90 giorni dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE**.
8.2	POSTUMA PER GLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA CESSATI	Nel caso in cui, alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE: i. il CONTRAENTE e/o gli ASSICURATORI non rinnovino la presente POLIZZA per l'annualità successiva; ii. non sia stata acquistata la POSTUMA di cui al precedente articolo 9.1 - POSTUMA PER CESSAZIONE DEFINITIVA DELL'ATTIVITA'; esclusivamente per gli ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

DIPENDENTI o STRUTTURATI che abbiano cessato definitivamente l'attività prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE ma dopo la data di RETROATTIVITA' per motivi di pensionamento o decesso è concesso automaticamente - **e senza alcun sovrappremio** - un periodo di POSTUMA della durata di 10 anni successivi alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.

Il periodo di POSTUMA per gli ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTI E STRUTTURATI cessati, **cessa con effetto immediato nel caso in cui la STRUTTURA SANITARIA stipuli una polizza con altro assicuratore per la copertura del medesimo rischio, oppure la STRUTTURA SANITARIA o l'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA acquisti la POSTUMA presso un diverso assicuratore.**

La presente garanzia è efficace esclusivamente per eventi, fatti, azioni od omissioni commessi dall'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTE o STRUTTURATO in nome e per conto della STRUTTURA SANITARIA e comunque non prima dei 10 anni antecedenti la decorrenza della POSTUMA.

Il LIMITE DI INDENNIZZO, indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nella POSTUMA , non può superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.

Durante la POSTUMA gli ASSICURATI devono comunque attenersi a quanto disciplinato alla Sezione E - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO che segue.

9. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

La POLIZZA copre, subordinatamente ai termini, limiti, condizioni ed esclusioni ivi previsti, **i SINISTRI e le RICHIESTE DI RISARCIMENTO originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo**, esclusi Stati Uniti d'America, Canada, Russia, Ucraina, Bielorussia e i territori sotto la loro giurisdizione.

Si precisa che, in caso di SINISTRO e/o RICHIESTE di RISARCIMENTO che abbiano dato luogo a procedimenti giudiziari, l'assicurazione di cui alla presente **POLIZZA opera limitatamente alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate innanzi all'autorità giudiziaria della Repubblica Italiana** od oggetto di decisioni rese da autorità giudiziarie straniere e riconosciute in Italia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Gli ASSICURATORI pertanto non sono obbligati per RICHIESTE DI RISARCIMENTO fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia con esclusione di Stati Uniti d'America, Canada Russia, Ucraina, Bielorussia e i territori sotto la loro giurisdizione.

SEZIONE D - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

10. COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO

11.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

10.1	COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI	L'ASSICURATO - **a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO** - deve dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, **comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza di**: **i. qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO,** anche di importo indeterminato, a lui presentata durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la POSTUMA se concessa; **Limitatamente alla copertura RCO:** **ii. qualsiasi decesso o infortunio oggetto di indagine** da parte delle Autorità competenti ai sensi delle disposizioni in materia di infortuni sul luogo di lavoro. A parziale deroga dell'art. 1913 Codice Civile, l'Assicurato ha l'obbligo di avviso, entro i termini sopra indicati, quando si verifichi una delle circostanze che diano luogo ad un SINISTRO, sia per quanto riguarda la garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) che la garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (R.C.O.). Il mancato o ritardato adempimento dell'obbligo di denuncia di SINISTRO e/o RICHIESTA DI RISARCIMENTO può comportare la perdita del diritto all'INDENNIZZO ovvero la riduzione dell'INDENNIZZO liquidabile secondo quanto previsto all'art. 1915 c.c.
10.2	COSA COMUNICARE ULTERIORMENTE AGLI ASSICURATORI	L'ASSICURATO - **a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO** - deve dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, **comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO indicate nelle precisazioni in SCHEDA DI POLIZZA**.
10.3	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	L'ASSICURATO deve comunicare tempestivamente agli ASSICURATORI e, comunque, nel rispetto dei termini di cui all'art. 10.1 - COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI e art. 10.2 COSA ULTERIORMENTE COMUNICARE AGLI ASSICURATORI, QUANDO E COME, che precedono, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO. L'ASSICURATO inoltre deve: **i. OBBLIGO DI SALVATAGGIO** come previsto dall'articolo 1914 del Codice Civile, utilizzare la normale diligenza, compiere o contribuire al compimento di ogni ragionevole sforzo per evitare o diminuire i DANNI; **ii. FORNIRE DOCUMENTI** fornire agli ASSICURATORI tutti i dati relativi ad ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO allegando alla denuncia i documenti attestanti la data in cui l'atto è stato notificato/ricevuto per la prima volta e tutti i documenti utile alla gestione del SINISTRO **iii. FORNIRE INFORMAZIONI**

fornire agli ASSICURATORI i dettagli dell'errore o dell'omissione, operazione o evento che ha originato la RICHIESTA DI RISARCIMENTO inclusi i nomi dei soggetti coinvolti e la quantificazione dell'eventuale DANNO

iv. **COOPERARE**
fornire agli ASSICURATORI la cooperazione ed assistenza ragionevolmente richiesta dagli stessi e/o dai loro consulenti/ legali, anche nella conduzione di eventuali indagini e/o nella determinazione del DANNO e/o nella difesa di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO

v. **CONSERVARE LA DOCUMENTAZIONE**
conservare tutti i documenti relativi alla RICHIESTA DI RISARCIMENTO e/o accertarsi che siano conservati integri e non vengano distrutti o cancellati o comunicati a terzi (salvo il caso di comunicazione ai legali della STRUTTURA SANITARIA) senza il preventivo consenso scritto degli ASSICURATORI;

vi. **TUTELARE L'INTERESSE DEGLI ASSICURATORI**
Astenersi dal pregiudicare la posizione degli ASSICURATORI od i diritti di rivalsa/surrogazione dei medesimi come indicato all'art. 10.8

vii. **SEGNALARE L'ESISTENZA DI ALTRE POLIZZE**
segnalare l'esistenza di eventuali altre polizze che coprono in tutto o in parte lo stesso rischio

Il mancato rispetto delle condizioni di cui alle disposizioni che precedono può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO.

L'ASSICURATO non deve ammettere responsabilità in relazione a SINISTRI o RICHIESTE DI RISARCIMENTO **o concordarne l'entità del DANNO oppure stipulare accordi per la composizione stragiudiziale della vicenda oppure sostenere COSTI E SPESE oppure segnalare l'esistenza della POLIZZA senza il consenso scritto degli ASSICURATORI.**

I legali e i periti scelti dall'ASSICURATO per la gestione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO **devono essere preventivamente approvati dagli ASSICURATORI**.
COSTI e SPESE per professionisti ai sensi della presente POLIZZA **non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili**, parametrati sulla RICHIESTA DI RISARCIMENTO e, se superiore, sul LIMITE DI INDENNIZZO, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.

Non sono considerate COSTI e SPESE le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli ASSICURATORI.

10.4 GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO – SIR "PARZIALMENTE ASSISTITA"

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO di importo inferiore alla S.I.R., o di importo indeterminato che si presume inferiore alla SIR, gli ASSICURATORI assumono direttamente, oppure tramite propri fiduciari, la gestione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO sostenendo COSTI E SPESE per legali, periti e consulenti da essi nominati esclusivamente nella fase stragiudiziale.

COSTI E SPESE per la gestione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO sono a carico degli ASSICURATORI per tutta la fase stragiudiziale, nei limiti di cui all'art. 1918 c.c.
COSTI E SPESE per la gestione dell'eventuale contenzioso giudiziale e dell'eventuale fase precontenziosa (incluse mediazioni, negoziazioni

assistite, ed altre procedure previste in tale fase) sono a carico del CONTRAENTE/ASSICURATO.

La gestione e definizione del SINISTRO è svolta dagli ASSICURATORI:

- con la cooperazione dell'ASSICURATO così come gli stessi potranno ragionevolmente richiedere;
- in autonomia con il diritto di negare la responsabilità dell'ASSICURATO nei confronti del danneggiato, determinare le strategie difensive, formulare una proposta di liquidazione al danneggiato.

Gli ASSICURATORI informano l'ASSICURATO circa l'esito degli accertamenti svolti, l'eventuale reiezione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO o l'eventuale proposta di liquidazione sottoposta o da sottoporre al danneggiato.

Se durante la gestione della RICHESTA DI RISARCIMENTO l'importo del danno risulta superiore alla SIR , gli ASSICURATORI continuano a gestire la RICHIESTA DI RISARCIMENTO fino alla sua definizione sostenendo COSTI e SPESE sia in fase stragiudiziale che giudiziale come previsto dall'art. 12.1.5 - GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO – ATTIVITA' DEGLI ASSICURATORI.

Gli ASSICURATORI si riservano la facoltà di avocare la gestione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO di importo inferiore alla SIR anche nella fase giudiziale sostenendo i relativi costi a partire dal momento in cui assumono la gestione del sinistro nella fase giudiziale.

10.5 GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO – ATTIVITA' DEGLI ASSICURATORI

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO di importo superiore alla S.I.R. l**a gestione della stessa, sia in sede giudiziale che in sede stragiudiziale, è a carico degli ASSICURATORI inclusi COSTI E SPESE.**

Gli ASSICURATORI non possono definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto dell'ASSICURATO.

Qualora l'ASSICURATO rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo risarcitorio degli ASSICURATORI per tale RICHIESTA DI RISARCIMENTO non può eccedere l'importo con cui la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi COSTI E SPESE maturati con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, e comunque **non oltre il LIMITE DI INDENNIZZO o il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO ove previsto e previa detrazione del SIR / FRANCHIGIA**

Nel caso in cui una RICHIESTA DI RISARCIMENTO risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia coperto o meno dalla POLIZZA. Sulla base di questo accordo, gli ASSICURATORI indennizzano la parte della perdita assicurata.

Gli ASSICURATORI **non riconoscono le spese sostenute dall'ASSICURATO per legali o tecnici o consulenti che non siano stati incaricati e/o approvati o espressamente nominati**dagli ASSICURATORI

Gli ASSICURATORI non rispondono di multe o ammende comminate all'ASSICURATO e delle spese legali e/o peritali nell'ambito di procedimenti penali, salvo quelle sostenute a seguito della costituzione di parte civile in procedimento penale.

10.6	GESTIONE DELLA DOMANDA DI MEDIAZIONE	Al ricevimento di una domanda di mediazione, in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO è tenuto ad informare tempestivamente gli ASSICURATORI ed a fornire la documentazione necessaria per consentire sia la corretta ed esaustiva istruzione del SINISTRO sia le valutazioni in merito all'opportunità o meno di aderire alla domanda di mediazione, che verranno fatte di concerto da ASSICURATO e ASSICURATORI. L'ASSICURATO e gli ASSICURATORI saranno tenuti, ciascuno per quanto di propria pertinenza, ad adottare ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione, entro i termini di legge necessari ad evitare pregiudizi.
10.7	PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	Valutato il DANNO, verificata l'operatività della POLIZZA e ricevuta la necessaria documentazione per la gestione della RICHIESTA DI RISARCIMENTO, **gli ASSICURATORI provvedono al pagamento di quanto loro compete entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto quietanza debitamente firmato.**
10.8	COSA SUCCEDE QUANDO GLI ASSICURATORI PAGANO L'INDENNIZZO IN BASE ALLA POLIZZA: LA SURROGAZIONE	Per ogni pagamento effettuato a termini della presente POLIZZA gli ASSICURATORI si surrogano nei diritti dell'ASSICURATO verso i terzi responsabili fino alla concorrenza delle somme pagate. In tal caso, l'ASSICURATO deve firmare tutti i necessari documenti e deve fare tutto quanto è necessario per non pregiudicare tali diritti, ivi inclusa la sottoscrizione degli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire legalmente in luogo dell'ASSICURATO. Nei confronti di DIPENDENTI ed ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA DIPENDENTI, STRUTTURATI o LIBERI PROFESSIONISTI e loro assicurazioni private, il diritto di surrogazione per dolo o colpa grave è esercitato dagli ASSICURATORI entro i limiti previsti dalla legge Gelli. Gli ASSICURATORI rinunciano alla rivalsa, salvo il caso di dolo o salvo che l'azione di rivalsa sia esercitata dal CONTRAENTE/ASSICURATO, nei confronti dei seguenti soggetti: a) associazioni, enti caritatevoli o onlus che cooperano con l'ASSICURATO nell'esercizio dell'ATTIVITA' indicata in SCHEDA DI POLIZZA b) disabili e/o invalidi ricoverati presso la STRUTTURA SANITARIA; c) persone partecipanti a programmi di formazione, socializzazione, riabilitazione, terapia; d) minorenni affidati o comunque sottoposti alla tutela della STRUTTURA SANITARIA a seguito di un provvedimento giudiziale.

Il presente documento è aggiornato al mese di Dicembre 2024

IDENTIFICATIVO/POLIZZA n°: HC-00KKA92561

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI
AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito "GDPR")

Con la presente informativa - resa ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito denominato "GDPR") nonché ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 (di seguito denominato "Codice Privacy"), così come novellato dal D. Lgs. 101/2018 - la società DUAL Italia S.p.A. Società Unipersonale (di seguito "DUAL" o "la Società") La informa di quanto segue.

Chi siamo

DUAL Italia S.p.A. Società Unipersonale è una società di intermediazione assicurativa e riassicurativa iscritta nella Sezione "A" del Registro Unico Intermediari (RUI) ed opera per conto di primarie Imprese di Assicurazione, sulla base di mandati con rappresentanza da queste conferiti.

Nella propria attività DUAL si avvale di una rete di altri intermediari assicurativi (agenti, broker, banche, sub-agenti iscritti nelle sezioni A, B, D ed E del RUI), con cui intrattiene rapporti di collaborazione disciplinati da specifici accordi contrattuali.

Quando, dovendo soddisfare una vostra esigenza assicurativa, richiedete a un agente, a un broker o al vostro consulente di fiducia un preventivo, quest'ultimo raccoglierà e tratterà i Vostri dati per potervi dare un riscontro.

Nel caso in cui l'intermediario cui vi siete rivolti Vi proponga una soluzione assicurativa tra quelle offerte da DUAL per conto delle Compagnie mandanti, lo stesso trasmetterà a DUAL i dati necessari ad effettuare un preventivo e, nel caso in cui il preventivo sia di vostro gradimento, a consentire l'emissione della polizza assicurativa.

In alcuni casi DUAL opera anche come agente assicurativo diretto, raccogliendo e trattando direttamente i vostri dati, sempre per soddisfare le vostre esigenze assicurative.

In tutti questi casi la polizza verrà stipulata, per il tramite di DUAL, con una delle imprese di assicurazione con cui DUAL collabora.

Nelle varie fasi del processo che conduce alla stipula di una polizza assicurativa, DUAL potrà rivestire, nel trattamento dei dati personali, il ruolo di Titolare del Trattamento o di Responsabile del Trattamento stesso. In tale ultima veste, DUAL si dovrà attenere alle indicazioni ed istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento (tipicamente, l'Impresa di Assicurazioni), che pure fornirà la propria informativa.

Poiché il GDPR trova applicazione rispetto alle persone fisiche ("interessati") identificate o identificabili, la presente informativa, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR, riguarda il trattamento, da parte di DUAL, dei dati personali dei contraenti o di coloro che richiedono una quotazione assicurativa qualora siano persone fisiche (o professionisti o ditte individuali). Laddove invece tali categorie di soggetti siano persone giuridiche, il trattamento potrà riguardare a titolo esemplificativo i dati personali dei loro legali rappresentanti e/o degli assicurati e/o dei beneficiari di polizza.

***

INFORMATIVA DUAL ITALIA SPA

1) Titolare del Trattamento e Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)

Titolare del trattamento è DUAL Italia S.p.A. Società Unipersonale, in persona del legale Rappresentante, Sig. Maurizio Ghilosso, con sede in Milano, Via Edmondo De Amicis, 51 - 20123 Milano, fax 02 72080592.

La Società ha provveduto alla nomina di un Responsabile della Protezione dei dati **(DPO)** contattabile ai seguenti recapiti: comunicazioni.gdpr@dualitalia.com oppure comunicazioni.gdpr@legalmail.it

2) Tipologie di Dati e Modalità del trattamento

La Società raccoglie e tratta le seguenti categorie di Dati personali:

(i) nome, cognome, luogo e data di nascita;
(ii) residenza, domicilio, indirizzi e-mail, indirizzi PEC, contatti telefonici;
(iii) codice Fiscale, partita IVA, numero del documento d'identità, matricole e numeri di iscrizione agli ordini professionali;
(iv) dati bancari (IBAN, carte di credito etc);
(v) posizioni debitorie o creditorie (mutui etc);
(vi) stato civile, rapporti di parentela, stato di famiglia;
(vii) dati relativi alla vita professionale, funzione / ruolo aziendale/ professione;
(viii) Categorie particolari di dati – a titolo esemplificativo dati che rivelano lo stato di salute (solo nel caso in cui l'interessato richieda a DUAL la fornitura di servizio funzionali o connessi ad una polizza assicurativa che necessita la raccolta di dati particolari, ivi inclusi i dati inerenti lo stato di salute);
(ix) dati che riguardano controversie civili o procedimenti penali, condanne penali o reati.

3) Basi giuridiche e finalità del conferimento

Il trattamento dei dati personali da parte di DUAL è finalizzato a:

- soddisfare le richieste assicurative dei contraenti: la base giuridica del trattamento in tal caso è quella indicata dall' art. 6 comma 1, lettera b) del GDPR ("*il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso; il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso").* In taluni casi, per soddisfare le richieste assicurative dei contraenti, può essere necessario anche raccogliere e trattare i dati "particolari" (ad esempio dati relativi alla salute): in questo caso la base giuridica del trattamento è quella indicata dall' art. 9 n. 2 lettera a) del GDPR e dunque dal consenso prestato dal contraente o direttamente dall'interessato. Si precisa che il rifiuto a fornire il consenso al trattamento di tali dati potrebbe impedire alla Società di dar corso all'attività di intermediazione e dunque alla richiesta di quotazione, funzionale alla emissione della polizza assicurativa. Il consenso può sempre essere revocato, ferma restando la liceità dei trattamenti antecedenti la revoca.
- alla gestione contabile e amministrativa di DUAL e all'adempimento di obblighi in materia fiscale, assicurativa: la base giuridica del trattamento in tal caso è quella indicata dall' art. 6 comma 1, lettera c) del GDPR: *("il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento");*
- a consentire l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria: la base giuridica del trattamento in tal caso è quella indicata dall' art. 6 comma 1, lettera f) del GDPR: *("il trattamento è necessario*

per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi") posto che in tal caso non prevalgono gli interessi, i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato*;*

- a fini amministrativi interni del Gruppo di cui DUAL è parte: la base giuridica del trattamento in tal caso è quella indicata dall' art. 6 comma 1, lettera f) ("legittimo interesse") *("il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi")* come anche specificato nel considerando 48 al GDPR.

4) Modalità del Trattamento dei Dati

Il trattamento avviene con sistemi manuali e/o automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, nel rispetto dei principi generali di liceità, trasparenza, necessità, proporzionalità e minimizzazione (art. 5 GDPR) nonché degli obblighi previsti dal GDPR, in particolare con riferimento alle misure di sicurezza di cui all'art. 32 GDPR.

5) Comunicazione a terzi

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento agli obblighi di legge e contrattuali, in relazione alle diverse finalità del trattamento i Dati potranno essere comunicati ai dipendenti e collaboratori di DUAL, debitamente autorizzati o designati da DUAL ai sensi dell'art. 29 GDPR e 2 quaterdecies del Codice Privacy, nonché alle seguenti categorie di soggetti esterni e loro dipendenti e collaboratori:

- terzi fornitori di servizi - anche di assistenza e consulenza - di cui DUAL si avvale (tra cui, a mero titolo esemplificativo, fornitori di servizi nei settori tecnologico, contabile, amministrativo, legale e assicurativo);
- le Compagnie con cui DUAL intrattiene rapporti contrattuali per finalità sia assicurative, sia riassicurative, nonché fornitori e consulenti dalle stesse incaricati;
- intermediari assicurativi (ad esempio agenti, broker, subagenti) con cui DUAL intrattiene rapporti di collaborazione e più in generale i soggetti facenti parte della cosiddetta "catena assicurativa";
- società del gruppo Howden di cui DUAL è parte e relativi fornitori e consulenti;
- Enti pubblici e privati, anche per finalità ispettive e di verifica (tra cui, a mero titolo esemplificativo IVASS, Amministrazione Finanziaria, organi di Polizia Tributaria, Autorità di Pubblica Sicurezza, Autorità Giudiziaria, Camera di Commercio, Enti di Mediazione).

Tali soggetti operano, a seconda delle circostanze, come Responsabili del Trattamento o come Titolari autonomi del Trattamento dei dati personali.
Maggiori informazioni in merito ai soggetti sopra elencati sono disponibili presso la sede di DUAL o contattando DUAL all'indirizzo mail PEC comunicazioni.gdpr@legalmail.it oppure all'indirizzo e-mail comunicazioni.gdpr@dualitalia.com.

6) Trasferimento dei dati ad un paese terzo

I Dati potranno essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, in Paesi situati nell'Unione Europea, ma potrebbero essere trasferiti anche al di fuori dell'Unione Europea (ivi inclusa la Gran Bretagna).
In particolare, i Suoi dati personali potranno essere trasferiti a società appartenenti al Gruppo di cui DUAL è parte per le finalità descritte nella presente Informativa, nonché a terzi (ad es. fornitori di servizi), che possono avere sistemi o altri fornitori situati al di fuori dell'Unione Europea.
Con riferimento ai trasferimenti al di fuori del territorio dell'Unione Europea verso Paesi non considerati adeguati dalla Commissione europea, la Società garantirà che siano poste in atto misure di salvaguardia appropriate o adeguate per proteggere i Dati personali e che il trasferimento di tali dati sia conforme alle leggi sulla protezione dei dati applicabili.
L'eventuale trasferimento dei dati degli interessati in Paesi situati al di fuori dell'Unione Europea avverrà, in ogni caso, nel rispetto delle garanzie appropriate e opportune ai fini del trasferimento stesso, ai sensi della normativa applicabile e in particolare degli articoli 45 e 46 del Regolamento.
Conseguentemente, laddove richiesto dalle leggi sulla protezione dei dati applicabili, la Società si assicurerà che i fornitori di servizi (comprese altre società del Gruppo) sottoscrivano le Clausole Contrattuali Standard approvate dalla Commissione Europea.

7) Conservazione

I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale e verranno conservati, anche dopo la cessazione del contratto:

- per 10 anni al fine di ottemperare agli obblighi di legge, anche in materia fiscale e antiriciclaggio, nonché per dare esecuzione agli accordi in essere con le Compagnie mandanti;

- per un tempo anche superiore in caso di accertamento, esercizio o difesa di un diritto in sede giudiziaria (sino alla conclusione dei vari gradi di giudizio e dell'eventuale esecuzione).

8) Diritti dell'interessato

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 - 22 del Regolamento, relativi al trattamento dei dati personali.
In particolare, l'interessato ha diritto di:

a) ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati che lo riguardano e di ottenere l'accesso ai dati e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati personali, destinatari, periodo di conservazione, e l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione;
b) la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano e/o la integrazione dei dati personali incompleti;
c) la cancellazione dei dati personali nei casi previsti dall'art. 21 GDPR;
d) la limitazione del trattamento nelle ipotesi previste dall'art. 23 GDPR;
e) l'opposizione al trattamento in qualsiasi momento per motivi connessi alla sua situazione particolare, nei casi previsti dall'art. 21 (legittimo interesse, profilazione, marketing diretto);
f) ottenere la portabilità dei Dati e in particolare di richiedere di ricevere una copia in formato elettronico dei dati personali forniti al titolare e/o di richiederne la trasmissione diretta a se stesso o ad un diverso titolare.

Tali diritti potranno essere esercitati mediante richiesta scritta indirizzata al Titolare attraverso il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) ai seguenti recapiti: comunicazioni.gdpr@dualitalia.com, oppure: comunicazioni.gdpr@legalmail.it.
Infine, potrà proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante per la protezione dei Dati: P.zza Venezia 11, 00187 Roma – PEC. protocollo@pec.gpdp.it).

9) Aggiornamenti a questa informativa

La presente Informativa può essere soggetta a modifiche ed integrazioni, anche quale conseguenza di eventuali modifiche e/o integrazioni normative. L'interessato potrà ottenere il testo dell'informativa costantemente aggiornata contattando DUAL ai recapiti indicati al punto 1) della presente informativa.

***

Dichiarazione di presa visione dell'informativa da parte dell'Interessato

Luogo e data …… Firma ……

Raccolta del consenso al trattamento dei dati relativi alla Salute

Letta l'informativa, dichiaro di essere consapevole che:

- l'eventuale trattamento da parte di DUAL Italia S.p.A. dei dati personali relativi alla mia salute può essere necessario per soddisfare le mie richieste assicurative.
- Il rifiuto di conferire tali dati può comportare l'impossibilità per DUAL di dare esecuzione all'attività di intermediazione assicurativa.

Pertanto, ai sensi dell'art. 9.2 lettera a) GDPR dichiaro di:

☐ prestare

☐ negare

il mio consenso al trattamento dei suddetti dati.

L'interessato

Luogo e data …… Firma ……

Il presente documento è aggiornato al mese di Febbraio 2025

Informativa sulla protezione dei Dati

Chi Siamo

Siamo Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito denominata "Lloyd's Europe") una compagnia assicurativa autorizzata e disciplinata dalla Banca Nazionale del Belgio (NBB) e regolamentata dall'Autorità per i Servizi e i Mercati Finanziari (FSMA). La nostra sede legale è in Place du Champ de Mars 5, Bastion Tower, 14° piano, 1050 Bruxelles, Belgio. Il numero di società/ partita IVA è BE 0682.594.839, RPR/RPM Bruxelles. LIC è una società controllata al 100% dalla Society of Lloyd's, 1 Lime Street, Londra, EC3M 3HA, Regno Unito (Society of Lloyd's).

Quali sono i dati personali che trattiamo

Raccogliamo e utilizziamo le informazioni necessarie che la riguardano per fornirle la copertura assicurativa o la copertura assicurativa di cui è beneficiario, e per rispettare i nostri obblighi legali e gli obblighi degli altri soggetti della catena assicurativa.

Tali informazioni comprendono dettagli quali il suo nome, il suo indirizzo e i suoi recapiti e qualsiasi altra informazione che otteniamo su di lei in relazione alla copertura assicurativa o alla copertura di cui è beneficiario. Tali informazioni potrebbero includere speciali categorie di dati personali come per esempio informazioni sulla sua salute e su possibili condanne penali.

Perché raccogliamo i suoi dati personali e qual è la base giuridica del trattamento

Raccogliamo e utilizziamo i suoi dati personali per fornirle la copertura assicurativa. La base giuridica è costituita dall'adempimento del contratto con Lei in qualità di soggetto interessato e dal soddisfacimento degli obblighi di legge, tra cui gli obblighi assicurativi e fiscali.

Per il trattamento di dati personali sensibili sulla salute, la base giuridica generale è costituita dal consenso, salvo il caso in cui sussista un diritto legale a livello locale come base giuridica.

Ai fini del trattamento dei dati personali dei minori, la base giuridica è il consenso dato o approvato dal titolare della potestà genitoriale sul minore.

Possiamo inoltre trattare i suoi dati personali per la prevenzione e il rilevamento delle frodi, utilizzando come base giuridica l'interesse legittimo.

Con chi condividiamo i suoi dati personali

In base a come funziona l'assicurazione, i suoi dati possono essere condivisi e utilizzati da diverse terze parti del settore assicurativo (all'interno e all'esterno dello Spazio economico europeo - SEE). Ad esempio, assicuratori, agenti o broker assicurativi, riassicuratori, periti, subappaltatori, autorità di regolamentazione, agenzie di polizia, agenzie di prevenzione e rilevamento di frodi e crimini e banche dati assicurative obbligatorie. Divulgheremo i suoi dati personali esclusivamente in relazione alla copertura assicurativa fornita e nella misura in cui ciò sia richiesto o permesso dalla legge.

Occasionalmente potremmo aver necessità di condividere i suoi dati personali con terze parti al di fuori del SEE e adotteremo costantemente misure volte a garantire che qualsiasi trasferimento internazionale di dati sia gestito con la massima diligenza per proteggere i suoi diritti ed interessi:

- Trasferiremo i suoi dati personali solo verso paesi riconosciuti in grado di fornire un livello adeguato di protezione legale o nei quali possiamo essere sicuri che siano in vigore accordi alternativi per proteggere i diritti alla privacy.
- I trasferimenti a fornitori di servizi e ad altre parti terze saranno sempre tutelati da impegni contrattuali e, se opportuno, da ulteriori garanzie.
- Qualsiasi richiesta di informazioni che riceveremo dalle forze dell'ordine o dalle autorità di regolamentazione sarà attentamente verificata prima di divulgare i dati personali

Durata e conservazione dei dati

Conserviamo i suoi dati personali per un periodo di tempo non superiore a quello strettamente necessario per fornire l'assicurazione stipulata o per adempiere ai nostri requisiti legali o normativi.

Elimineremo o cancelleremo in modo sicuro i dati personali in assenza di un valido motivo commerciale per conservarli. In circostanze eccezionali, potremmo conservare i suoi dati personali per periodi più lunghi qualora ritenessimo che vi sia una possibilità di contenzioso, in caso di reclami o in presenza di un'altra valida ragione commerciale che richieda l'utilizzo dei dati in futuro.

Dati relativi ad altre persone che ci fornite

Qualora lei ci fornisca (o il suo agente o broker assicurativo) i dati di altre persone, deve accertarsi che la presente informativa sulla protezione dei dati sia fornita anche a loro.

Reclami, contatti con noi e con l'ente regolatore e i suoi diritti

Se desidera sapere come utilizziamo i suoi dati o vedere una copia della nostra informativa sulla privacy completa, ci contatti al seguente indirizzo: LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com o consulti l'informativa sulla privacy sul sito web https://www.lloydseurope.com dove sono disponibili tutti i dettagli.
In relazione alle informazioni che deteniamo su di lei, gode dei seguenti diritti:
Diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto alla limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto all'obiezione, diritto alla revoca del consenso.
Se desidera esercitare i suoi diritti, può contattare l'agente assicurativo o il broker assicurativo che ha stipulato la sua assicurazione all'indirizzo:
[Inserire il nome, l'indirizzo e-mail e i dati di contatto dell'agente o del broker assicurativo che ha stipulato il contratto].
Ha il diritto di esporre un reclamo all'autorità competente per la protezione dei dati, ma la esortiamo a contattarci prima di agire in tal senso.

Consenso

Per il trattamento di dati personali sulla salute o genetici, e per il trattamento di dati personali di minori di età inferiore ai 16 anni, in relazione alla copertura assicurativa, l'agente assicurativo o il broker assicurativo che ha predisposto il contratto le chiederà il consenso attraverso il modulo di consenso alla protezione dei dati, ad eccezione dei paesi in cui, per il trattamento di dati personali sensibili sulla salute, nel contesto di una polizza assicurativa, è previsto un diritto legale locale in tal senso.
Il trattamento dei dati personali dei minori sarà considerato legittimo laddove il consenso sia dato o autorizzato dal titolare della responsabilità genitoriale sul minore.
Gli Stati membri possono stabilire per legge un'età inferiore per tali finalità, a condizione che questa non sia inferiore a 13 anni.
Lei può liberamente esprimere il suo consenso, tuttavia, se non lo fa o se lo revoca, ciò potrebbe influire sulla nostra capacità di fornire la copertura assicurativa di cui lei beneficia e potrebbe impedirci di fornirle la copertura o di gestire le sue richieste di indennizzo.

Dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati

Per qualsiasi domanda relativa alla protezione dei dati, alla quale il candidato ritiene che possiamo rispondere, lo stesso può contattare il nostro Responsabile della protezione dei dati:

Responsabile della protezione dei dati
Lloyd' s Insurance Company S.A. Bastion Tower
Place du Champ de Mars 5 1050 Bruxelles
Belgio
Email: LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com

LBS0046D
17/03/2023

MODULO DI CONSENSO PER LA PROTEZIONE DEI DATI

Noi, Lloyd's Insurance Company S.A. (di seguito "Lloyd's Europe") e altri partecipanti al mercato assicurativo, che agiscono per conto di Lloyd's Europe, chiediamo il suo consenso per l'utilizzo delle categorie speciali di dati personali su di lei indicate di seguito in relazione alla copertura assicurativa, compresa la gestione dei sinistri.

Se desidera sapere come utilizziamo i suoi dati o vedere una copia della nostra informativa sulla privacy completa, ci contatti al seguente indirizzo LloydsEurope.DataProtection@lloyds.com o consulti l'informativa sulla privacy sul sito web https://www.lloydseurope.com dove sono disponibili tutti i dettagli.

Acconsente all'utilizzo di dati e informazioni sulla sua salute o di dati genetici, in relazione alla sua copertura assicurativa, compresa la gestione dei sinistri?

Sì / No

Firma _____

Data _____

Nome e cognome _____

IDENTIFICATIVO/POLIZZA n°: __HC-00KKA92561__

LBS0047B

17/03/2023

LLOYD'S

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.