

Contratto di Assicurazione della Responsabilità per Colpa Grave del personale operante presso Strutture Sanitarie o Socio -Sanitarie Pubbliche e/o Private

Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo *RC Colpa Grave del personale operante presso strutture sanitarie*

Documento predisposto a cura di LLOYD'S Insurance Company S.A. registrato in Belgio. LLOYD'S Insurance Company S.A. è autorizzato da Banca Nazionale del Belgio. Numero di registrazione: 3094

Il presente documento fornisce un riepilogo della copertura assicurativa, delle esclusioni e restrizioni. I termini e le condizioni integrali della presente assicurazione, compresi i limiti generali di polizza, possono essere consultati nel documento di polizza, ottenibile a richiesta presso il proprio intermediario assicurativo. Presso il proprio intermediario assicurativo sono disponibili anche altre informazioni precontrattuali.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza assicura la responsabilità per Colpa Grave dell'esercente la professione sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-sanitarie Pubbliche e/o Private per ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, oppure a seguito di sentenza di condanna definitiva per colpa grave pronunciata dall'Autorità Giudiziaria ordinaria in sede civile nel processo promosso nei confronti dell'Aderente/Assicurato dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria Privata, nonché a tenere indenne l'Aderente/Assicurato in caso di rivalsa, di responsabilità amministrativa esercitata dalla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria e di surroga ai sensi dell'Art. 1916 comma 1 c.c. esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria.

La polizza assicura inoltre la responsabilità per Colpa Grave dell'esercente una professione non sanitaria presso Strutture Sanitarie o Socio-sanitarie Pubbliche per ogni somma che questi sia tenuto a corrispondere a seguito di un'azione della Corte dei Conti nei propri confronti per la Responsabilità Amministrativa e/o la Responsabilità Amministrativo / Contabile, in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata.

A maggior precisazione la garanzia prevista s'intende operante per il caso di colpa grave dell'Aderente/Assicurato e pertanto opera per le somme che lo stesso sia tenuto a pagare, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, anche nei casi in cui l'Ente Pubblico abbia esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'Aderente/Assicurato a seguito di risarcimento a Terzi.



Che cosa è assicurato?

PERSONALE ESERCENTE UNA PROFESSIONE SANITARIA

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

L'Assicurazione è operante per tutte le attività professionali esercitate dall'Assicurato, presso la Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di Appartenenza. L'Assicurazione è operante anche per le prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in rapporto di servizio con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina. L'Assicurazione è



Che cosa non è assicurato?

- × Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato o di taluno dei suoi legali rappresentanti o amministratori (art.1917 del Codice Civile);
- × Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il sottolimito di indennizzo o massimale pattuito;
- × Multe, ammende, sanzioni amministrative personali;
- × Danni subiti direttamente dall'Assicurato a seguito di infortuni durante lo svolgimento della propria attività professionale;

estesa inoltre alla Responsabilità Amministrativa e Amministrativo-contabile degli Assicurati.

L'Assicurazione opera altresì con riferimento alla responsabilità per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.

PERSONALE ESERCENTE UNA PROFESSIONE NON SANITARIA

L'Assicurazione nei limiti e alle condizioni previste in polizza, è prestata per quanto l'Aderente/Assicurato sia tenuto a corrispondere a seguito di un'azione della Corte dei Conti nei propri confronti per la Responsabilità Amministrativa e/o la Responsabilità Amministrativo / Contabile, in relazione all'esercizio dell'Attività Assicurata.

A maggior precisazione la garanzia prevista s'intende operante per il caso di colpa grave dell'Aderente/Assicurato e pertanto opera per le somme che lo stesso sia tenuto a pagare, per effetto di sentenze definitive della Corte dei Conti, anche nei casi in cui l'Ente Pubblico abbia esercitato l'azione di rivalsa nei confronti dell'Aderente/Assicurato a seguito di risarcimento a Terzi.

È compreso altresì in garanzia quanto l'Aderente/Assicurato dovrà corrispondere a seguito di rito abbreviato ex art. 130 del codice di giustizia contabile a condizione che il ricorso al rito abbreviato sia stato preventivamente concordato con l'Assicuratore.

L'Assicurazione si riferisce alle responsabilità sia per i danni di cui l'Aderente/Assicurato debba rispondere in modo esclusivo, sia per quelli di cui sia solidamente responsabile, limitatamente, in tale ultimo caso, alla quota di sua diretta pertinenza. L'Assicurazione comprende inoltre:

le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore purché non derivanti da incendio, furto o rapina;

le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali che l'Aderente/Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte a Terzi, all'Ente Pubblico, alla Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza ed all'Erario in genere a seguito di propri errori;

le Perdite Patrimoniali ed i Danni Erariali per la gestione di valori e di beni compresi nel patrimonio dell'Ente Pubblico e della Struttura Sanitaria o Socio-Sanitaria di appartenenza, in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari.

Per l'elenco completo delle garanzie si rinvia al Fascicolo Informativo. Gli Assicuratori risarciscono i danni fino ad un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale)



Ci sono limiti di copertura?

L'assicurazione non è intesa a tenere indenne l'Assicurato per:

- ! i Sinistri originati da Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del primo Periodo di Assicurazione, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- ! i Sinistri relativi a Comportamenti Colposi posti in essere prima della data di retroattività indicata nel Certificato di Assicurazione.
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività diverse dalle Attività Professionali. Si precisa che questa esclusione non è applicabile al primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del Comportamento Colposo;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze in relazione a Comportamenti Colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale, con conseguente cancellazione dall'albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze fatti valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 6;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per la responsabilità imputabile esclusivamente ad assenza del consenso informato ove la forma scritta venga richiesta da leggi e regolamenti;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze derivanti da violazione del civile rapporto con i Terzi e/o con i dipendenti e collaboratori (ogni forma di discriminazione o persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e simili);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi ad obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora ed altre penalità o sanzioni che, per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo, siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze relativi a perdite o danni da furto o a danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze conseguenti a non accidentale inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo o da danno ambientale;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- ! le Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione.

Resta inteso che in nessun caso gli Assicuratori sono tenuti a prestare la copertura assicurativa, qualora così facendo si esponano a eventuali sanzioni, divieti o restrizioni.

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori rispondono soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Non sono considerati "terzi":

- ! il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori ed i figli dell'Aderente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- ! i prestatori di lavoro della Struttura Sanitaria o Socio-sanitaria presso la quale l'Aderente/Assicurato svolge la propria attività. Tuttavia anche costoro sono considerati Terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni quali pazienti.

Qualora esistano altre assicurazioni, contratte dall'Aderente/Assicurato, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi Danni o Perdite Patrimoniali, si applicano i seguenti disposti:

- ! l'Assicurazione opera a primo rischio per tutte le garanzie per le quali la prima polizza non sia operante e a secondo rischio, in eccesso al massimale di primo rischio, per tutte le garanzie prestate dalla prima polizza;
- ! l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di Sinistro. L'Aderente/Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di:

- Accedere all'apposita piattaforma web e far pervenire al Broker il Modulo di Adesione generato, entro il termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla data di completamento della procedura.
- La mancata ricezione da parte del Broker del Modulo di Adesione entro il suddetto termine perentorio, oppure la ricezione del Modulo di Adesione che non soddisfi uno o più dei requisiti A) B) C) D) E) qui di seguito indicati, comporta la risoluzione del contratto di Assicurazione ex art.1456 c.c. dalla data di decorrenza della polizza:
 - A) Firma autografa del proponente apposta sul Modulo di Adesione;
 - B) Data del documento che ricada entro 30 giorni dalla data riportata nel Modulo di Adesione;
 - C) Coincidenza tra le informazioni fornite, le dichiarazioni rese sulla piattaforma web ed il contenuto del Modulo di Adesione;
 - D) Assenza di domande inevase;
 - E) Dichiarazione dell'Assicurato di non essere a conoscenza, alla data in cui è stata apposta la firma al Modulo di Adesione, di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze;
- In caso di risoluzione dell'Assicurazione, il proponente ha diritto esclusivamente alla restituzione del Premio versato al netto delle tasse, essendo precluso il riconoscimento di alcun diritto derivante dal contratto risolto.

Alla sottoscrizione del contratto l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

- Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione o un aggravamento del rischio, anche per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, a parziale deroga degli artt. 1897 e 1898 c.c., l'Aderente/Assicurato ha l'obbligo di darne avviso in occasione del primo rinnovo successivo alla variazione. L'Assicurazione è automaticamente operante per il rischio, diminuito o aggravato, senza alcuna modifica del Premio dovuto agli Assicuratori.
- Qualora la variazione del rischio derivi da un cambiamento dell'attività professionale svolta dall'assicurato che comporti l'applicazione di un premio differente, lo stesso rimarrà comunque invariato fino alla scadenza del Periodo di Assicurazione, fermo l'obbligo di provvedere all'adeguamento del Premio per il successivo Periodo di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio è da pagare al Lloyd's Coverholder specificato in polizza. Il pagamento al Broker indicato in polizza ha effetto liberatorio solo se tale Broker abbia ricevuto idonea autorizzazione verificabile nell'informativa precontrattuale da esso fornita ai sensi di legge.

Il mezzo di pagamento è concordato con detti intermediari nel rispetto della normativa di legge. Il premio deve essere pagato entro la data di decorrenza definita nel Modulo di Adesione



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il primo Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento e cessa alla scadenza della Polizza/Convenzione.

A parziale deroga dell'art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto nei 60 giorni successivi alla data di decorrenza del suddetto Certificato di Assicurazione.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

Non essendo previsto un rinnovo tacito, non è previsto il diritto di disdetta.