

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DEL MEDICO

**SI AVVERTE CHE QUESTA ASSICURAZIONE È PRESTATATA NELLA FORMA
« CLAIMS MADE »**

Art. 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma di questo Certificato l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale di Medico con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei, con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione.

Art. 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nel modulo di Proposta.

Art. 3 DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questo Certificato e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

ASSICURATO

La persona indicata nella Scheda di Copertura

ASSICURATORI

L'impresa di Assicurazione indicata nella scheda di polizza

BROKER/AGENTE DI ASSICURAZIONI

Il soggetto – persona fisica o giuridica – iscritto al Registro Unico degli Intermediari che svolge attività di intermediazione assicurativa. indicata nella Scheda di Copertura a cui il Contraente abbia affidato la gestione di questo contratto.

CERTIFICATO

Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione.

CORRISPONDENTE	Il soggetto – persona fisica o giuridica -indicato nella Scheda di Copertura,
DANNO/DANNI	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali).
ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria.
ESERCENTE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto
FATTI NOTI	Per Fatti Noti si intendono quei fatti, circostanze e situazioni (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, notizie, querele, atti giudiziari, indagini, anche interne della Direzione Sanitaria) in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'Assicurato, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) Richieste di Risarcimento da parte di terzi in conseguenza dell'Attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi sostituti temporanei.
FERITE TRAUMATICHE MAGGIORI	Ogni ferita che non rientra nella definizione di Ferite Traumatiche Minori.
FERITE TRAUMATICHE MINORI	Qualsiasi asportazione, incisione, drenaggio e raschiamento della pelle, lesioni sottocutanee con diametro inferiore a 5 centimetri, sbrigliamento di ascessi, foruncoli o fistole, che possono essere condotte in anestesia locale.
LOSS ADJUSTER	Il soggetto designato dagli Assicuratori per la gestione dei sinistri rientranti in questa assicurazione.
MASSIMALE RC PROFESSIONALE	La somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per ogni sinistro e per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
MASSIMALE ESTENSIONE SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare per le spese legali e peritali per Sinistro denunciato.
MODULO E SCHEDA DI COPERTURA	I documenti, annessi a questo Certificato per farne parte integrante, nei quali figurano i dettagli richiamati nel testo.
PERDITE PATRIMONIALI	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Il periodo le cui date di inizio e termine sono stabilite nel Modulo,

fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile.

Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di rinnovo di questo contratto. Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto per il rinnovo, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

PROCEDIMENTO PENALE

Procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali notificata mediante Informazione di Garanzia. Per la garanzia di polizza rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).

RICHIESTA DI RISARCIMENTO

Quella che per prima, viene a conoscenza dell'Assicurato:

RICHIESTA DI RISARCIMENTO ESTENSIONE TUTELA LEGALE E SCELTA DEL LEGALE

- i. la comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite;
- ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- iv. la comunicazione con cui l'Azienda pubblica o struttura privata manifesta l'intenzione di ritenere l'Assicurato responsabile per colpa grave inclusa la comunicazione ex art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24

La notifica del procedimento penale o amministrativo all'Assicurato secondo quanto previsto all'articolo 14.

SINISTRO IN SERIE

La pluralità di Richieste di Risarcimento pervenute all'Assicurato (o, nel caso di azione diretta, agli Assicuratori) in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, che rappresentano nella formula Claims Made altrettanti Sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

La data e il Periodo di Assicurazione del primo Sinistro che attiva la Polizza sarà considerata come data valida per tutti i Sinistri successivi e secondo quanto previsto all'articolo 14.

SINISTRO RC PROFESSIONALE

La richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

SINISTRO PER L'ESTENSIONE SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE

La richiesta di risarcimento sopra definita – di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

SEZIONE PRIMA: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE

Art. 4

FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE» - RETROATTIVITA')

L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*", ossia a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli **Assicuratori** durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo degli **Assicuratori** e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 11).

Art. 5

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di questo Certificato, gli **Assicuratori**, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'articolo 3 e stabilito nella Scheda di Copertura, prestano le sotto definite assicurazioni nella forma "*claims made*" enunciata all'articolo precedente:

5.1. Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi

Gli **Assicuratori** si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel modulo di Proposta e nella conduzione del relativo studio o ambulatorio. Gli **Assicuratori** rispondono:

- a. dei Danni e delle Perdite Patrimoniali, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi per fatto, errore od omissione nello svolgimento dell'attività professionale predetta;
- b. dei Danni, definiti all'articolo 3, cagionati a terzi in relazione alla proprietà e/o alla conduzione dello studio o dell'ambulatorio, ossia dei locali adibiti all'attività professionale esercitata in proprio o in regime di *extramoenia* e delle relative attrezzature e altri beni mobili ivi esistenti; sono compresi in tali danni quelli derivanti ai terzi da danneggiamenti a cose che provochino l'interruzione o sospensione totale o parziale o il mancato o ritardato avvio di loro attività produttive o loro attività di servizi;
- c. le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge 12/06/1984 N° 222.

5.2. Oggetto dell'assicurazione della responsabilità civile verso i dipendenti

Gli **Assicuratori** si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge per infortuni sofferti, in occasione di lavoro o di servizio, dai propri dipendenti che prestano la loro opera nella conduzione dello studio o ambulatorio dell'Assicurato. Gli **Assicuratori** rispondono delle somme che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare:

- a. agli Istituti assicurativi di legge (INAIL, INPS o altri) che agiscano contro l'Assicurato a titolo di regresso;
- b. all'infortunato o ai suoi aventi causa, a titolo di danno o di maggior danno, nei casi di invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle che figurano negli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 N° 1124.

L'assicurazione prevista in questo paragrafo è efficace a condizione che, al momento del fatto dannoso, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi di legge per l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono in ogni caso escluse le malattie professionali.

Art. 6**SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE**

Gli **Assicuratori** rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di Copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro.

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

Gli **Assicuratori** non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Non sono in ogni caso coperte le spese di difesa per i procedimenti penali.

Il procedimento penale attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare ma le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

Art. 7**SURROGAZIONE**

Gli **Assicuratori** sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Art. 8**LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per i Sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli **Assicuratori** pertanto non sono obbligati per Sinistri derivanti da 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.

Art. 9**PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI**

L'assicurazione, quale delimitata in questo Certificato e ferme le esclusioni che seguono, è riferita alle attività professionali dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta, le quali possono comprendere taluna o entrambe le voci 9.1 e 9.2 che seguono, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso.

- 9.1 L'assicurazione è riferita a tutti gli aspetti tipici dell'attività professionale esercitata in qualità di libero professionista indipendente, che gestisce il proprio studio o ambulatorio da solo o con il concorso di altri medici, oppure di Medico autorizzato all'esercizio dell'attività professionale extramoenia, incluse le funzioni e mansioni ausiliarie o di sostegno all'attività professionale stessa.
- 9.2 L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore di strutture ospedaliere private. Si precisa che nel caso di prestazioni svolte dall'Assicurato successivamente al 1 Aprile 2017 nella sua qualità di dipendente, consulente o collaboratore presso strutture ospedaliere pubbliche o private, in assenza di un' obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente, l'Assicurato è coperto solamente per colpa grave. Pertanto, l'assicurazione è intesa a tenere indenne l'Assicurato nel caso in cui la struttura ospedaliera pubblica o privata in cui presta la propria opera, o il suo Assicuratore, si rivalga contro di lui ritenendolo personalmente responsabile di danni arrecati a terzi per colpa grave, oppure nel caso in cui di tali danni egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato
- 9.3 L'assicurazione comprende in ogni caso:
 - i. la responsabilità civile derivante all'Assicurato da azione od omissione dolosa o colposa commessa da persone del cui fatto egli debba legalmente rispondere nella qualità di

- esercente l'attività professionale, fermo il disposto dell'articolo 7;
- ii. i danni conseguenti all'attività accessoria di medico legale;
 - iii. i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici;

- iv. la responsabilità civile facente capo all'Assicurato per effetto della posizione, degli incarichi o delle mansioni a lui attribuite ai sensi del D. Lgs. N° 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni;
- v. la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella qualità di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, di autore di testi, saggi, articoli e pubblicazioni in genere;
- vi. la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile, per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti o addetti quando si trovino alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà o in usufrutto dell'Assicurato o a lui intestati nel P.R.A. o analogo registro, oppure a lui locati. Sono compresi nell'assicurazione i danni per morte e lesioni personali alle persone trasportate purché il fatto dannoso si verifichi entro i confini della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano o della Repubblica di San Marino;
- vii. I danni conseguenti all'attività accessoria di medicina alternativa.

Art. 10

ESCLUSIONI

10.1 - Premesso che questa è un'assicurazione nella forma “*claims made*”, quale temporalmente delimitata nel presente Certificato, sono esclusi:

- a. i sinistri che siano denunciati agli **Assicuratori** in data anteriore al Periodo di Assicurazione o successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 11 che segue;
- b. le richieste di risarcimento connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti **Assicuratori** ;
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura.

10.2 - Il procedimento penale attiva la copertura ai sensi di polizza per le richieste di risarcimento che ne possano derivare. Tuttavia, le spese dei legali e dei periti nominati dagli indagati/imputati dei procedimenti penali rimangono a carico esclusivo dell'Assicurato.

10.3 - Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- a. attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- b. riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- c. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- d. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 8;
- e. per danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza o inidoneità del consenso informato;
- f. per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- g. basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- h. derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- i. 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);

- j. relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);
- k. relative 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;
- l. relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- m. riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- n. conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- o. 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 i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature sanitarie nell'ambito della medicina nucleare per scopi diagnostici e, limitatamente ai medici radiologi e ai medici specialisti in medicina nucleare, per scopi terapeutici compreso l'uso di sostanze radioattive.
- p. che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q. derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente (la presente esclusione non si applica alla specializzazione in Medicina legale e/o Medicina del lavoro);
- r. che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico.
- s. le richieste di risarcimento conseguenti a Fatti Noti all'Assicurato prima della data di effetto della Polizza anche se mai denunciati ai precedenti Assicuratori. Si precisa che le comunicazioni di cui all'articolo 13 della Legge 8 marzo 2027 n. 24 costituiscono una Richiesta di Risarcimento ai sensi di polizza e pertanto le comunicazioni ricevute dall'Assicurato precedentemente al Periodo di Polizza (e i sinistri che dovessero derivarne) sono escluse dalla presente Assicurazione.

10.4 - ESCLUSIONE DI PFCS, PFAS, PFOS, PFOA, PRODOTTI CORRELATI E PRODOTTI CHIMICI

Gli Assicuratori non saranno tenuti a risarcire l'Assicurato ai sensi di Polizza in relazione a qualsiasi responsabilità, pretesa risarcitoria, perdita, costo o spesa di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, causati da, risultanti da, in conseguenza di, in connessione con o in qualsiasi modo che coinvolga uno dei seguenti, indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza:

- (1) qualsiasi composto perfluorurato (PFC), inclusi, a titolo esemplificativo, perfluoroalchil e sostanze alchiliche polifluorate (PFAS), perfluorotano sulfonato (PFOS), acido

perfluorooottanoico (PFOA), perfluoroetere carbossilico e acidi solfonici (PFECA e PFESA, rispettivamente), e tutti i prodotti e le sostanze chimiche correlati, compresi eventuali costituenti, additivi, derivati o degradazione da prodotti degli stessi;

(2) qualsiasi acido dimero di ossido di esafluoropropilene (HFPO-DA), GenX e qualsiasi altro PFOA sostitutivo o qualsiasi sostanza chimica inclusa nell'elenco di ricerca PFAS dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti, regolamenti che modificano il divieto di

determinate sostanze tossiche, regolamenti 2012 (Canada), Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) o qualsiasi atto, statuto, regolamento, ordinanza, requisito o legge federale, statale, locale o estero simile, (comprese integrazioni e modifiche).

Art. 11

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – RC PROFESSIONALE

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli **Assicuratori** di ciascun sinistro entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta agli **Assicuratori** o al Corrispondente

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

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

Ferma ed invariata la definizione di sinistro figurante all'articolo 3, l'omessa denuncia di un sinistro entro i 10 giorni successivi alla data di cessazione del Periodo di Assicurazione rende la richiesta di risarcimento estranea a questo contratto. *(Si vedano l'articolo 4 e la voce a. dell'articolo 10.1).*

Si richiama il secondo comma dell'articolo 28, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli **Assicuratori** l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Art. 12

RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli **Assicuratori** rispondono per l'intero, salvo il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali

SEZIONE SECONDA: NORME CHE REGOLANO L'ESTENSIONE RIMBORSO SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE

La presente sezione è operativa qualora sia indicato in Scheda di Copertura e sia stato corrisposto il relativo premio addizionale. La presente sezione opera in via sussidiaria e dopo l'esaurimento degli obblighi inerenti al patrocinio legale previsti dal CCNL o di altra polizza eventualmente stipulata dall'Assicurato.

Art. 13

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

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims made", ossia intesa a tutelare l'Assicurato in seguito a notifiche penali e amministrative da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate agli Assicuratori durante lo stesso periodo e purché sia conseguenza di eventi, errori o omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di Assicurazione purché accaduti entro il periodo di retroattività stabilito in Scheda di Copertura.

L'assicurazione è prestata sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato e contenute nel Modulo di Proposta che forma parte integrante della presente Polizza.

L'Assicurazione non opera per fatti/atti ed omissioni, antecedenti la data di effetto del Periodo di Assicurazione, che fossero già noti all'Assicurato al momento della stipula del contratto.

L'assicurazione vale per i Sinistri relativi all'esercizio dell'attività professionale indicata nel Modulo di Proposta, per:

AMBITO PENALE

- 1) Difesa penale per delitti colposi e contravvenzioni.
- 2) Difesa penale per delitti dolosi, purché gli Assicurati vengano assolti (art. 530 comma 1, Cod. Proc. Pen.) con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

La garanzia è operante con la notifica dell'Informazione di Garanzia oppure di invito a presentarsi (art. 375 c.p.p.).

AMBITO AMMINISTRATIVO

- 3) Difesa prestata davanti all'Ordine Professionale in procedimenti disciplinari promossi dall'Ordine in conseguenza di imputazioni penali, a condizione che il ricorso / opposizione sia integralmente accolto.

La garanzia è operante con la notifica della contestazione dell'addebito al dipendente.

PROCEDIMENTI DAVANTI ALLA CORTE DEI CONTI

- 4) Sono garantite le spese per sostenere la difesa in procedimenti per giudizi e azioni di Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per colpa nei confronti dell'assicurato o in caso di archiviazione per mancanza del danno.

Fermo restando l'obbligo per l'Assicurato di denunciare il sinistro con le modalità previste dall'art. 17, la Società provvederà, su richiesta motivata, all'anticipo delle spese legali e/o peritali, fino ad un massimo di euro 4.000,00 (quattromila), in attesa della definizione di giudizio.

L'assicurato si impegna, pertanto, a restituire agli Assicuratori ogni somma eventualmente anticipata, nel caso siano accertati, nei suoi confronti, mediante sentenza definitiva, elementi di responsabilità per dolo.

La presente prestazione opera a parziale deroga dell'art. 20.9.

Art. 15

SPESE COPERTE

Gli Assicuratori, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale convenuto, rimborsano le Spese legali occorrenti all' Assicurato per la difesa dei suoi interessi, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, sia penale che amministrativa, nei casi indicati in polizza. Gli oneri di cui gli Assicuratori si faranno carico sono, a titolo esemplificativo e non limitativo:

1. le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del Sinistro, per un unico legale per ogni grado di giudizio;
2. le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con gli Assicuratori;
3. le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
4. le spese di giustizia;
5. il contributo unificato;
6. le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
7. le spese per indagini;
8. le spese di domiciliazione necessarie.

Sono oggetto della presente assicurazione solo i compensi forensi basati sui parametri ministeriali disciplinati dal DM 55/2014 recante: "Determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense ai sensi dell'art. 13 comma 6 della legge 31 dicembre 2012 n. 247" e successive modificazioni. Sono espressamente esclusi i compensi derivanti da accordi scritti avvocato-cliente.

Gli Assicuratori non si assumono il pagamento di:

- Multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- Spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).

Art. 16

MASSIMALE DI POLIZZA E SUDDIVISIONE DEL MASSIMALE PER GRADO DI GIUDIZIO

Il contratto prevede un massimale per sinistro pari alla somma indicata in Scheda di Copertura e dei sottomassimali in base al grado di giudizio.

Precisamente il massimale concordato viene diviso per Gradi di Giudizio secondo i limiti di seguito riportati:

- 40% (quaranta per cento) per l'attività stragiudiziale, ove svolta, e fino al Giudizio di Primo Grado.
- 30% (trenta per cento) per il secondo grado di giudizio;
- 30% (trenta per cento) per il terzo grado di giudizio.
-

Ad esempio, qualora sia convenuto un massimale pari a Euro 20.000 per Sinistro, gli Assicuratori rispondono nel limite di Euro 20.000. In caso di un procedimento di primo e secondo grado gli Assicuratori risponderanno per le spese legali e peritali del primo grado fino a Euro 8.000 e fino alla somma di Euro 6.000 per le spese legali e peritali del secondo grado.

Art. 17**OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – ESTENSIONE SPESE LEGALI E SCELTA DEL LEGALE**

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun Sinistro entro 10 (dieci) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione del luogo e delle cause del sinistro, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono essere allegati i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, insieme ad una relazione confidenziale sui fatti.

Art. 18**GESTIONE DEL SINISTRO**

Ricevuta la denuncia gli Assicuratori gestiscono, anche attraverso legali di propria scelta, la trattazione stragiudiziale della vertenza. Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione della controversia non si concludano con esito positivo, la gestione della vertenza viene quindi affidata al Legale scelto nei termini dell'Art. 19 per la gestione giudiziale.

E' necessario, pena la decadenza della garanzia, che gli Assicuratori confermino preventivamente la copertura di tutte le spese. Gli incarichi ai legali e ai periti devono essere preventivamente concordati con gli Assicuratori, pena il mancato rimborso della relativa spesa

Gli Assicuratori non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione del Sinistro tra l'Assicurato e gli Assicuratori qualora l'Assicurato intenda adire le vie giudiziarie, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione obbligatoria.

Art. 19**LIBERA SCELTA DEL LEGALE**

Limitatamente alla fase giudiziale l'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi.

Se l'Assicurato non fornisce l'indicazione del legale scelto, gli Assicuratori, possono nominare direttamente il legale al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

Art. 20**ESCLUSIONI**

Sono esclusi dalla presente estensione:

1. I patti quota lite o gli accordi conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscano compensi professionali;
2. Qualsiasi tipo di risarcimento/indennizzo per le parti che non siano espressamente previste dal contratto alla sezione prima (come ad esempio ogni provvisoria nel procedimento penale);
3. I sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;
4. I fatti noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
5. I danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
6. Le controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli a motore, imbarcazioni o aeromobili;
7. Le controversie o procedimenti relativi a responsabilità e/o comportamenti assunti al di fuori dell'ambito lavorativo di cui all'oggetto del presente contratto (art. 5) e che non siano conseguenti all'espletamento delle funzioni previste;
8. Le controversie e procedimenti conseguenti a atti di guerra, occupazione militare, invasione, insurrezione, tumulti popolari, terrorismo e sabotaggio organizzato, da chiunque provocati;
9. Le controversie in materia fiscale/tributaria e amministrativa;
10. Le controversie e procedimenti riguardanti il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere irrogate direttamente all'Assicurato;

11. Le vertenze contrattuali con gli Assicuratori;
12. Controversie di diritto civile di qualsiasi genere, salvo quanto previsto dalla Sezione prima di questa Assicurazione.

Art. 21**LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale per i Sinistri originati da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada, le Isole Vergini e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei terzi danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. Gli Assicuratori pertanto non sono obbligati per Sinistri derivanti da richieste di risarcimento fatte valere in paesi diversi dall'Italia.

Art. 22**SURROGA E RIVALSA**

Spettano interamente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Inoltre, se l'Assicurato percepisce un rimborso per le spese legali e/o peritali dall'ente di appartenenza o dalla compagnia di quest'ultima, egli dovrà restituire l'importo ricevuto agli Assicuratori.

Agli Assicuratori, poiché surrogati nei diritti dell'Assicurato in forza dell'art. 1916 c.c., spettano la restituzione degli oneri legali e peritali liquidati in sede giudiziaria o concordati transattivamente o stragiudizialmente.

NORME COMUNI AD ENTRAMBE LE SEZIONI**Art. 23****NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"**

Il termine "terzo" o "terzi" indica ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi i collaboratori, consulenti e professionisti che non siano soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. Sono esclusi da questa nozione:

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

Art. 24**VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO**

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto di disposizioni di legge o di regolamenti, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto di questa assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto agli Assicuratori.

Art. 25**PAGAMENTO DEL PREMIO**

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. le garanzie saranno valide anche se il premio sarà corrisposto entro 30 (trenta) giorni successivi alla data di decorrenza dell'assicurazione

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, distinto dal precedente e dal successivo.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo 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.

Art. 26

ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e sono pari al 22,25% del Premio imponibile.

Art. 27

MODALITÀ DELLA PROROGA AUTOMATICA DELL'ASSICURAZIONE

Ove nella Scheda di Copertura sia stabilito che le Parti hanno convenuto che il contratto sia soggetto alla proroga automatica, è valida ed è operante la clausola che segue. In assenza di tale indicazione nella Scheda di Copertura, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendone previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga.

Clausola della proroga automatica dell'assicurazione

Il contratto s'intende automaticamente prorogato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi alle stesse condizioni in corso e subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 25.

La proroga è però condizionata all'invio – nei 30 (trenta) giorni antecedenti alla data di ogni scadenza, e comunque non oltre la data della scadenza medesima, di conferma scritta a firma dell'Assicurato che alla data di tale comunicazione:

1. l'Assicurato non abbia dichiarato sinistri, ne' sia a conoscenza di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori;
2. l'attività professionale dichiarata nella Proposta allegata a questo Certificato non abbia subito variazioni che non siano già state comunicate agli Assicuratori e da loro espressamente accettate ai fini dell'assicurazione.

Qualora taluno dei punti 1 e 2 che precedono non siano soddisfatti, il contratto cessa alla data di scadenza senza obbligo di disdetta. Si applica il disposto dell'art. 1898 del Codice Civile (aggravamento del rischio). Qualora si sia verificata una diminuzione del rischio, l'Assicurato può farne comunicazione agli Assicuratori almeno 15 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione e gli Assicuratori, se ricorrono le condizioni previste dall'art. 1897 del Codice Civile, sono tenuti a ridurre il premio della proroga e rinunciano alla facoltà di recesso prevista dallo stesso articolo.

I disposti che precedono si applicano anche alla scadenza di ciascun Periodo di Assicurazione successivo, ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni scadenza.

Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 32 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Art. 28

COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

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

Art. 29

FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dagli Assicuratori.

Art. 30

NORME DI LEGGE

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

Art. 31

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

In caso di decesso dell'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione la copertura assicurativa viene automaticamente garantita ai suoi eredi per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei loro confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi dall'Assicurato durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività.

Qualora durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi altro motivo, escluso il decesso, senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla Polizza è riservata all'Assicurato - che abbia stipulato il presente contratto per un anno - la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori dieci anni per eventuali azioni nei propri confronti purché conseguenza di eventi, errori e/o omissioni commessi durante il Periodo di Efficacia incluso il periodo di retroattività'. Tale facoltà è esercitabile entro trenta giorni dalla scadenza dell'ultimo Certificato attivato come lavoratore attivo e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al:

1. 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il 1° o 2° o successivo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto
2. 300 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il secondo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto
3. 500 % del premio corrispondente all'ultima mansione, qualora l'attività professionale venga a cessare durante il primo anno di copertura assicurativa con gli Assicuratori del presente contratto

Valgono le modalità previste dagli articoli 8 e 21 LIMITI TERRITORIALI, 4 e 13 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») - RETROATTIVITÀ

Art. 32

CLAUSOLA BROKER DI ASSICURAZIONE

Con la conclusione del presente contratto l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazione indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

Gli Assicuratori hanno conferito al Coverholder indicato nella Scheda di Copertura l'incarico di ricevere e trasmettere la relativa corrispondenza. E' convenuto pertanto che:

Ogni comunicazione fatta dal Coverholder al Broker di Assicurazione o Corrispondente sarà considerata come fatta all'Assicurato;

Ogni comunicazione fatta dal Broker di Assicurazione o Corrispondente al Coverholder sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei Sinistri, regolamentate dall'articolo 11 che resta invariato e confermato.

Gli Assicuratori accettano che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker di Assicurazione o Corrispondente.

Art. 33**CONTINUOUS COVER CLAUSE**

A condizione che l'Assicurato mantenga – senza interruzione – coperture assicurative per la propria RC Professionale con Newline Syndicate 1218, Lloyd's Insurance Company SA riassicurata con Newline Syndicate 1218, Newline Insurance Company Limited o Newline Europe SA, , gli Assicuratori si impegnano a tenere indenne l'Assicurato dei Sinistri che derivino da **fatti noti** dei quali questi sia venuto a conoscenza successivamente alla decorrenza della prima copertura assicurativa e che siano divenute Sinistri nel corso della presente copertura assicurativa.

Art. 34**CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DEGLI INTERVENTI INVASIVI**

Ferme tutte le condizioni che precedono, sono inoltre escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento derivanti da “interventi invasivi”, intendendosi per tali:

1. la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche (a titolo esemplificativo e non limitativo procedure di: colonscopia, endoscopia, laparoscopia, etc.);
2. la sutura di ferite traumatiche maggiori;
3. l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
4. il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti;
5. la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
6. l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
7. l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.
8. La somministrazione di anestesia generale

Resta inteso che lo svolgimento di autopsie non configura “Intervento Invasivo” ed è pertanto incluso in garanzia.

La presente esclusione non si applica nei casi in cui l'Azienda Sanitaria Pubblica, la Struttura Sanitaria Privata e/o le Compagnie di Assicurazione di queste ultime agiscano nei confronti dell'Assicurato con un'azione di rivalsa per colpa grave.

Art. 35**BONUS MALUS**

Ad ogni scadenza contrattuale, previo preavviso di almeno ~~90~~ 30 giorni, per le coperture di cui ai commi 1, 2 e 3, può essere prevista, a discrezione dell'Assicuratore, la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto della nuova stipula o del rinnovo in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale, alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta. È inoltre prevista la variazione in diminuzione in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti. Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Certificato e, agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, dichiara :

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

Art. 1	Dichiarazioni dell'Assicurato
Art. 4 e 13	Forma dell'assicurazione ("Claims made" – Retroattività)
Art. 6	Spese legali e gestione della vertenze
Art. 9	Precisazione sui rischi coperti
Artt. 10 e 20	Esclusioni
Art. 11	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - RC Professionale
Art. 16	Massimale di polizza e suddivisione del massimale per grado di giudizio
Art. 17	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro - Estensione Spese Legali e scelta del legale
Art. 27	Modalità della proroga automatica dell'assicurazione
Art. 28	Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio)
Art. 32	Facoltà di recesso in caso di sinistro
Art. 33	Clausola Broker/Agente
Art. 34	Continuous Cover Clause – Applicabile unicamente in caso di rinnovo
Art. 35	Clausola di esclusione degli interventi invasivi

L'ASSICURATO/CONTRAENTE