Accelerant Insurance Europe SA/NV
con sede legale in Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, Capitale Sociale €20.561.500,00
Autorità di Vigilanza Competente National Bank of Belgium e Financial Services and markets authority – Abilitata ad operare in Italia in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172 del 02.12.2020.
Rappresentanza Generale per l'Italia: via P. Paleocapa, 1, 20121 Milano (Italia) – Tel. 02 910 94 800
e-mail: italia@accelins.com PEC: accelerantinsuranceeu@legalmail.it - P.IVA: 16084711007 - REA: MI 2760593

ACCELERANT

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE – OSPEDALITA' PRIVATA

NOTE IMPORTANTI PER L'ASSICURATO

La presente Polizza di Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made***, ovvero vale per le Richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel Periodo di Validità della Polizza e originate da errori, eventi o omissioni accaduti o commessi anche prima del Periodo di validità della Polizza, a condizione che siano accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Copertura, salvo casi particolari tassativamente indicati dalle condizioni di assicurazione medesime.

Con il presente documento si attesta che, a fronte del pagamento del premio specificato in questa Polizza nella Scheda di Copertura, la **Società** si impegna a tenere indenne l'Assicurato in base ai termini, alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni di seguito riportate e accettate dall'Assicurato.

La Società si impegna a pagare, senza comunque mai superare, l'importo indicato nei **Massimali, Limiti e Sottolimiti di Indennizzo**, fermo restando quanto previsto dalla S.I.R. (*Self Insured Retention*) e dalle franchigie concordate e indicate nella Scheda di Copertura.

La Società raccomanda al Contraente di leggere attentamente il presente contratto per verificare che sia conforme a tutti i requisiti del Contraente e dell'Assicurato al fine di prendere visione e comprendere in maniera chiara, tutti i termini, le condizioni, le limitazioni e le esclusioni della Polizza.

A conferma di quanto sopra, questa Polizza è stata sottoscritta nel luogo e alla data indicati nella Scheda di Copertura.

Nel caso di richieste di chiarimenti, o di qualsiasi modifica a questa Polizza, il Contraente deve inoltrare tale richiesta all'Intermediario, che ha confermato l'attivazione di questa Polizza, così come riportato nella Scheda di Copertura. Il prodotto è stato redatto secondo le linee guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari".

Accelerant Insurance Europe SA/NV
con sede legale in Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5, 1050 Brussels Belgium, Capitale Sociale €20.561.500,00
Autorità di Vigilanza Competente National Bank of Belgium e Financial Services and markets authority – Abilitata ad operare in Italia
in regime di Stabilimento con codice IVASS D975R e numero di iscrizione I.00172 del 02.12.2020.
Rappresentanza Generale per l'Italia: via P. Paleocapa, 1, 20121 Milano (Italia) – Tel. 02 910 94 800
e-mail: italia@accelins.com PEC: acceleranteinsuranceeu@legalmail.it - P.IVA: 16084711007 - REA: MI 2760593

ACCELERANT

GLOSSARIO

I termini che seguono fanno parte integrante, a tutti gli effetti, del contratto e le parti attribuiscono loro il significato così come di seguito precisato:

1. Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione e pertanto il Contraente stesso ed i soggetti cui tale qualifica è riconosciuta in Polizza.
2. Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga al pagamento del premio.
3. Danno	Il pregiudizio economico conseguente a danni patrimoniali e non patrimoniali cagionati a prestatori d'opera o a terzi, a seguito di lesioni personali o morte, dal personale operante a qualunque titolo presso la Struttura e derivanti dall'Attività Assicurata.
4. Fatti o circostanze	Fatti, circostanze e situazioni che potrebbero determinare in futuro Richieste di Risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e dai suoi sostituti temporanei e che siano stati in ogni modo portati a conoscenza dell'Assicurato o del Contraente.
5. Franchigia	L'importo prestabilito e riportato nella Scheda di Copertura espresso in cifra fissa che, per ciascun Sinistro, viene dedotto dal danno liquidato e rimane a carico esclusivo dell'Assicurato.
6. Indennizzo	L'importo dovuto dagli Assicuratori in caso di Sinistro coperto da questa Polizza.
7. Inquinamento Ambientale	Contaminazione di acque e/o aria e/o suolo e/o sottosuolo, generata dall'azione di qualsiasi sostanza rilasciata, scaricata, dispersa, depositata o in qualsiasi altro modo emessa da un qualsiasi impianto, o gruppo di impianti, utilizzati dall'Assicurato.
8. Massimale per sinistro	La somma indicata nella Scheda di Copertura che rappresenta l'importo massimo risarcibile per ciascun sinistro a titolo di capitale, interessi e spese, indipendentemente dal numero di assicurati e delle richieste di risarcimento pervenute per il medesimo fatto illecito.
9. Massimale per periodo di assicurazione	La somma massima assicurata, indicata nella Scheda di Copertura a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti ad uno stesso Periodo di Assicurazione, incluso il caso di Serie di Sinistri, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.
10. Questionario di proposta	Modulo trasmesso dall'Assicurato alla Società, contenente le informazioni di sottoscrizione sulle quali gli Assicuratori si baseranno per valutare le esposizioni coperte da questa Polizza, di cui è parte integrante.
11. Periodo di validità della polizza	Il Periodo di Validità della Polizza corrisponde al periodo compreso fra la data di decorrenza e quella di scadenza, come indicato nella Scheda di Copertura, e per il quale è stato pagato il premio, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.

12. Personale dipendente

Il soggetto che agisce alle dirette dipendenze del Contraente, con cui intrattiene un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato, o con rapporto di lavoro regolare disciplinato da tutte le forme previste dal D. Lgs. 10.09.2003 n. 276, con esclusione del Personale in regime Libero Professionale e del Personale Convenzionato.

13. Personale convenzionato

Personale medico non dipendente che in virtù di uno specifico accordo con il Contraente, presta la sua attività esclusivamente presso e per conto del Contraente stesso sulla base di un rapporto di lavoro autonomo ed in assenza di qualunque rapporto contrattuale con il paziente.

14. Personale Libero Professionale

L'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta direttamente con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la Struttura o dal ruolo ricoperto.

15. Polizza

Il presente documento che disciplina i rapporti assicurativi tra Società e Contraente/Assicurati, e che unitamente alla Scheda di Copertura, prova l'Assicurazione.

16. Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore a corrispettivo dell'Assicurazione.

17. Richiesta di risarcimento

Quella che per prima tra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Validità dell'Assicurazione o, nel caso di azione diretta, viene a conoscenza della Società, per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione:

1. la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo civilmente responsabile per danni cagionati da fatto 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;
2. qualsiasi atto introduttivo di un giudizio civile in relazione alle responsabilità previste nell'oggetto di questa Assicurazione;
3. la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D.Lgs. 28/2010;
4. la ricezione, da parte dell'Assicurato, di un ricorso per l'espletamento di una Consulenza Tecnica Preventiva ai sensi dell'art. 696 bis del c.p.c.;
5. la citazione dell'Assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte di un Terzo.

Fatti diversi da quelli sopra elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia.

18. Scheda di Copertura

Il documento allegato a questa Polizza, che ne è parte integrante, e contenente i dettagli della copertura assicurativa e altre specifiche del contratto alle quali si fa riferimento.

19. Sinistro

La Richiesta di Risarcimento pervenuta per iscritto all'Assicurato o, nel caso di azione diretta, alla Società, per la prima volta nel corso del Periodo di Validità dell'Assicurazione.

20. Serie di Sinistri

Più Richieste di risarcimento presentate all'Assicurato in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una medesima causa, rappresentano nella formula *claims made* altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

21. S.I.R. (*Self Insurance Retention*)

L'importo che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun Sinistro, anche in termini di gestione ove il Sinistro rientri integralmente in tale importo, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa, intendendosi quale fascia di rischio non assicurata.

22. Società

Accelerant Insurance Europe SA/NV

23. Sottolimite

L'importo massimo liquidabile incluso nel Massimale per Sinistro e non in aggiunta ad esso, che la Società sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti ad uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle Richieste di Risarcimento e delle persone danneggiate.

24. Struttura sanitaria

La struttura sanitaria privata facente capo al Contraente che eroga, in regime di accreditamento autonomo o in regime di convenzionamento con il S.S.N., prestazioni sanitarie a favore di terzi.

25. Terzi

Sono considerati Terzi ogni persona diversa dall'Assicurato e dal Contraente, compresi i pazienti. Non sono considerati terzi:

- il Contraente, l'Assicurato, il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori ed i figli del Contraente/Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- il Personale Dipendente che subisca il danno in occasione di lavoro o di servizio e chiunque presti il suo lavoro per un periodo di prova o di formazione sotto il diretto controllo e direzione del Contraente nelle forme previste dalla legge.

ART. 1.1 – 1.4 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRINCIPALI COPERTURE PRESTATE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste nella presente Polizza e qui di seguito specificati.

1.1 R.C.T. - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI & RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino alla concorrenza del Massimale, dei Limiti e dei Sottolimiti di Indennizzo per Periodo di Validità dell'Assicurazione, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a Terzi nell'esercizio delle Attività dichiarate nella Scheda di Copertura. La garanzia R.C.T. opera anche in caso di rivalsa dell'INPS a norma dell'art. 14 della Legge n. 222 del 16.06.1984 e seguenti modificazioni ed integrazioni.

L'assicurazione copre:

- **a)** la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per danni imputabili a fatto colposo o doloso commesso dal Personale Dipendente e non, a qualunque titolo operante presso la struttura e del quale la stessa debba rispondere ai sensi di legge;
- **b)** la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la struttura sanitaria, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, sperimentazione e ricerca clinica, in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e attraverso la telemedicina.
- **c)** la responsabilità civile personale e diretta del Personale Dipendente dell'Assicurato per danni da questi involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento delle attività dichiarate nella Scheda di Copertura, salvo il diritto di rivalsa o surrogazione in caso di dolo o colpa grave ai sensi dell'art.9 della legge 8 marzo 2017, n.24;
- **d)** la responsabilità civile professionale e diretta di tutto il personale Assicurato che svolge attività presso altre strutture sanitarie in virtù di convenzioni stipulate con il Contraente o che partecipano a corsi di formazione o di addestramento, autorizzati contrattualmente dal Contraente.

1.2. DOLO E COLPA GRAVE

Questa assicurazione copre la responsabilità legale dell'Assicurato per dolo o colpa grave nello svolgimento delle Attività dell'Assicurato da qualsiasi soggetto per cui sia tenuto per legge a rispondere il Contraente, fatti comunque salvi i diritti di rivalsa di cui all'art. 4.4.

1.3 R.C.O. - RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO

1.3.1. La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- **A)** ai sensi degli articoli 10 e 11 del DPR 30.06.1965 n. 1124 e dell'articolo 13 del D. Lgs. 23.02.2000 n. 38, del d.lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modifiche per la rivalsa/regresso formulata dall'INAIL per gli infortuni sofferti dal Personale Dipendente assicurato ai sensi dei DPR 30.06.1965 n. 1124 e D. Lgs 23.02.2000 n. 38, addetto alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

B) per le richieste di risarcimento formulate ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento danni non rientranti nella disciplina del DPR 30.06.1965 n. 1124 e D.Lgs 23.02.2000 n. 38, cagionati al Personale Dipendente di cui al precedente paragrafo, per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata una invalidità permanente (non inferiore al 6%, calcolata in base alla tabella delle menomazioni di cui all'articolo 13 comma II lett. A) del D. Lgs 23.02.2000 n. 38).

1.3.2. L'Assicurazione comprende altresì le malattie professionali, con esclusione di qualsiasi malattia correlata all'amianto. La presente estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie professionali si siano manifestate entro e non oltre 12 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro e comunque durate il Periodo di Assicurazione, e siano conseguenza di eventi, atti e fatti commissivi od omissivi accaduti dopo la Data di Retroattività. L'assicurazione Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro vale anche in relazione alle azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della legge n. 222 del 12 giugno 1984, dall'INAIL per gli infortuni subiti dai Prestatori di lavoro.

1.3.3. L'assicurazione R.C.O. è prestata con una Self Insured Retention (SIR) e/o Franchigia pari all'importo indicato nella Scheda di Copertura.

In ogni caso la garanzia è efficace a condizione che, al momento del sinistro, il lavoratore sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge o che, se si tratta di lavoratore subordinato dell'Assicurato non in regola, l'irregolarità derivi da comprovata ed involontaria errata interpretazione delle norme vigenti in materia.
Gli Assicuratori saranno anche tenuti a rispondere ai sensi dell'art. 1.3 in caso di responsabilità personale dei Dipendenti che non osservino le norme di cui al D. Lgs. N. 626 del 19.9.1994 in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro nei locali del Contraente.

1.4 INQUINAMENTO AMBIENTALE

La garanzia del presente contratto di assicurazione copre i Danni derivanti da Inquinamento Ambientale collegato alle Attività dell'Assicurato menzionate nella Scheda di Copertura a seguito di un Sinistro, a condizione che sia causato da un evento improvviso, inatteso ed accidentale.
Per "danno all'ambiente", si intende:

- **l'emissione, la dispersione, il rifiuto o il deposito di ogni sostanza solida, liquida o gassosa, diffusa nell'atmosfera, nelle acque o nel suolo**;
- **la produzione di odori, rumori, vibrazioni, variazioni di temperatura, onde, radiazioni o irradiazioni che eccedono la misura degli obblighi ordinari di vicinanza**.

L'Assicurazione copre inoltre tutti i costi sostenuti da Terzi, previo consenso scritto della Società, per eliminare o ridurre le conseguenze dell'evento (spese di salvataggio) fino ad un importo che non ecceda il sottolimite indicato nella Scheda di Copertura.

ARTICOLO 1.5.- ESTENSIONI DI GARANZIA OBBLIGATORIE

L'Assicurazione, entro i limiti indicati nella Scheda di Copertura, comprende:

(a) Immobili e terreni – La responsabilità civile derivante dalla proprietà o dall'uso temporaneo o continuato di immobili, unità immobiliari, locali e terreni, dove sono svolte le attività specificate nella Scheda di Copertura, inclusi gli impianti, ascensori, montacarichi, scale mobili, cavi radio e televisione, recinzioni, cancelli elettrici e simili ed ogni pertinenza ed accessorio, inclusi gli 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.
Restano esclusi i danni subiti dai beni immobili stessi e loro pertinenze

(b) Fonti Radioattive – Il Danno derivante dal possesso e dall'uso di fonti radioattive o magnetiche, necessarie alle attività svolte dall'Assicurato come specificate nella Scheda di Copertura.
La validità della garanzia è subordinata alla condizione che l'attività della Struttura Sanitaria Assicurata sia intrapresa con l'osservanza di tutte le norme di legge e regolamenti prescritti per l'autorizzazione all'esercizio di tali attività.
L'Assicurato si impegna altresì ad uniformarsi in ogni momento alle norme nazionali o, in mancanza di esse, internazionali, per la regolamentazione di altre attività, ad avvalersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed opportunamente protetto e a vietare l'accesso a qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti radioattive ai locali di conservazione od uso delle fonti stesse.

(c) Consegna dei Rifiuti – la responsabilità civile derivante all'Assicurato dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi, nonché per le operazioni di smaltimento di detti rifiuti (eseguiti da terzi) che abbiano provocato accidentalmente a Terzi lesioni personali o morte, a condizione che il conferimento di rifiuti sia stato effettuato da aziende regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti.
È inteso che il presente contratto di assicurazione non copre la responsabilità dei menzionati soggetti autorizzati.

(d) Atti dei pazienti o di minorenni – I danni patiti da qualsiasi Terzo o Dipendente, derivanti da azioni commesse da pazienti affidati alle cure dell'Assicurato o da minorenni, studenti o altri ospiti nei locali del Contraente.

(e) Insegne e cartelli – La responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla proprietà, realizzazione, uso e manutenzione di insegne, targhe, affissioni, cartelli e cartelloni per segnalazione stradale, indicazioni o pubblicità.

(f) Fornitura di Prodotti Medici – Le richieste di risarcimento conseguenti a danni causati da prodotti fabbricati, confezionati e/o consegnati a titolo oneroso o gratuito dalla Struttura Sanitaria, in tutti i casi di consumo o di loro utilizzo da parte di terzi al di fuori delle strutture sanitarie assicurate. Sono altresì coperti i rischi legati alla produzione e la fornitura di prodotti sanitari. Tuttavia, è inteso che la presente Polizza non si applica ai difetti dei prodotti, come più specificatamente escluso all'Articolo 2 – esclusioni.

(g) Attività di Laboratorio – La responsabilità derivante all'Assicurato dalla gestione di laboratori chimici e di analisi, la predisposizione e l'emissione di referti, conservazione e consegna di pratiche e documenti.

(h) Uso di apparecchiature – La responsabilità derivante all'Assicurato dall'uso di apparecchiature per fini medici, elettromedicali, diagnostici, terapici, inclusi macchinari per radiografie e altre apparecchiature similari.

(i) Servizi Medici – La responsabilità derivante all'Assicurato dai servizi medici prestati ai pazienti a domicilio o in altri luoghi per conto della Contraente.

ARTICOLI 1.6 – 1.9 – ATTIVITÀ ACCESSORIE

1.6 ULTERIORI GARANZIE ACCESSORIE (fino ad un importo che non ecceda il sottolimite indicato nella Scheda di Copertura)

L'Assicurazione entro i Massimali, Limiti e Sottolimiti specificati nella Scheda di Copertura copre anche:

(a) Esplosione e incendio – I danni causati a qualsiasi bene mobile o immobile appartenente a Terzi a causa di incendio o esplosione delle cose dell'Assicurato o da lui detenute.

(b) Cose in custodia - I danni subiti dai pazienti e dagli ospiti derivanti da furto, perdita, sparizione o deterioramento di cose in consegna e custodia, secondo quanto previsto dagli articoli dal 1783 al 1786 del Codice Civile.

(c) Interruzione all'esercizio di Terzi – I danni a Terzi derivanti da interruzione o sospensione, parziale o totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

(d) Raccolta, distribuzione ed uso di sangue ed emoderivati – I danni cagionati a terzi in conseguenza dell'esercizio, in conformità alle leggi ed ai regolamenti vigenti, di centri di distribuzione, utilizzo del sangue e trasfusionali, inclusi emoderivati, a condizione che l'Assicurato abbia adempiuto tutte le sue obbligazioni riguardanti i *test* preventivi come prescritti dalle norme in materia e circolari ministeriali in vigore al momento dell'evento.

La garanzia del presente articolo non copre la responsabilità dei produttori e fornitori di tali emoderivati.

(e) Terapie speciali, quali "pet therapy" (cura con l'aiuto di animali domestici), ippoterapia (cura con l'aiuto di equini) e terapia in acqua ai fini di riabilitazione.

(f) Conduzione di mense aziendali e negozi gestiti dal Contraente - I danni derivanti a Terzi dalla gestione da parte del Contraente di mense aziendali, servizio di ristorazione, compreso il rischio di somministrazione di cibi e/o bevande, situate all'interno delle Strutture Sanitarie facenti capo al Contraente. Qualora tali servizi siano affidati a terzi, la copertura è prestata esclusivamente per la responsabilità del Contraente nella sua qualità di committente.

(g) Partecipazione a mercati, esposizioni e fiere e attività promozionali di qualsiasi tipo, incluso l'allestimento e smantellamento di stand e la locazione di spazi nella struttura sanitaria a Terzi per l'organizzazione di tali eventi.

(h) Proprietà o Conduzione di fabbricati - La responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla proprietà e/o conduzione (compresi ordinaria e straordinaria manutenzione, ristrutturazione e riadattamento), a qualsiasi titolo, dei beni immobili e loro pertinenze, compresa ogni cosa mobile ivi esistente, nei quali l'Assicurato svolge l'attività istituzionale per la quale è prestata l'assicurazione (stabilimenti di cura e di Direzione amministrativa).

Quando tali lavori sono affidati ad un Terzo, la copertura è prestata esclusivamente per la responsabilità del Contraente nella sua qualità di committente.

Nel caso in cui il Contraente affidi i lavori di manutenzione dei locali, lavori e/o prestazioni in genere e/o lavori e/o prestazioni attinenti all'attività svolta dal Contraente per la quale è prestata l'assicurazione, si conviene che:

- il presente contratto di assicurazione copre i danni causati a Terzi da imprese e/o persone, salvo l'esercizio del diritto di rivalsa;

- le imprese e persone da una parte, e il Contraente e i Dipendenti dall'altra, saranno considerati Terzi tra loro. Si conviene altresì che saranno garantiti anche i danni causati alle cose circostanti, incluse linee e condotte sotterranee anche se tale danno è dovuto a smottamento, frana o avvallamento causato dai lavori.

(i) **Responsabilità del committente** - Responsabilità civile del Contraente derivante dalla sua qualità di committente nei confronti di persone o società incaricate dal Contraente per lavori o servizi o attività appaltati dal Contraente, in relazione alle attività dettagliate nel Questionario di Proposta o di qualsiasi cosa di proprietà del Contraente, utilizzate nelle Attività dell'Assicurato.

1.7 SPESE LEGALI

La Società, in caso di Sinistro, assume, finché ne ha interesse alla difesa, la gestione di qualsiasi controversia sia giudiziale che stragiudiziale, a nome dell'Assicurato, compreso i procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010, designando, ove necessario i propri legali e/o tecnici.
La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati. Ai sensi dell'articolo 1917 del codice civile sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto (1/4) del massimale stabilito in polizza. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale le spese vengono ripartite tra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. Le spese legali per sinistri entro l'ammontare dell'eventuale Self Insured Retention (SIR) per sinistro sono a carico del contraente come più specificatamente descritto nell'articolo 3.4.

1.8 RESPONSABILITÀ PER L'USO DI VEICOLI

La Società copre anche la responsabilità civile dell'Assicurato per Sinistri inerenti a:

(a) La qualità di padrone o committente del Contraente secondo l'art. 2049 del Codice Civile, inclusi i danni alla persona dei passeggeri, causati da un Dipendente alla guida di un veicolo a motore, a condizione che tale veicolo a motore sia di proprietà del Contraente e/o sia stato locato al Contraente.
(b) L'uso di biciclette e veicoli a pedali.
(c) L'uso e la guida, all'interno degli spazi dove sono svolte le Attività dell'Assicurato specificate in questa Polizza, di veicoli in generale, inclusi veicoli a motore, elettrici, macchinari auto-moventi, impianti ed apparecchiature, anche se il conducente non è a ciò autorizzato dalla normativa vigente.
(d) Danno, escluso furto o tentato furto, causato a qualsiasi mezzo di trasporto di Terzi e alle Cose ivi contenute, mentre si trova nei luoghi dove sono svolte le Attività dell'Assicurato menzionate nella presente Polizza, per carico e scarico.
(e) Danni a veicoli appartenenti a Terzi o Dipendenti, mentre parcheggiati negli spazi dove sono svolte le Attività dell'Assicurato specificate nella presente Polizza, esclusi i danni alle cose contenute.
Tuttavia il presente art. 1.8 non si applica ai rischi ricadenti nella materia dell'assicurazione obbligatoria per la circolazione dei veicoli di cui alla Legge n. 990 del 24.12.1969 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione, come escluso all'art. 2.4.

1.9 VIOLAZIONE DELLA PRIVACY

La garanzia opera anche per i soli danni patrimoniali cagionati a Terzi in conseguenza di una non volontaria violazione degli obblighi di legge in merito al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 – c.d.

GDPR - Privacy), siano essi comuni o sensibili. La garanzia è operante alla tassativa condizione che il trattamento dei dati che ha determinato il danno sia strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali dell'Assicurato e pertanto è esclusa:

- per i Danni derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk);
- per i danni dovuti al trattamento dei dati personali per finalità commerciali.

ARTICOLO 2 – ESCLUSIONI

ESCLUSIONI DI BASE

2.1. PREMESSO CHE L'ASSICURAZIONE È PRESTATA NELLA FORMA *CLAIMS MADE*, LA STESSA NON È EFFICACE IN RELAZIONE A:

(i) qualsiasi Richiesta di Risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della Data di Retroattività indicata nella Scheda di Copertura;

(ii) qualsiasi Richiesta di Risarcimento pervenuta all'Assicurato antecedentemente alla data di decorrenza e all'Assicurato o, nel caso di azione diretta, alla Società, successivamente alla data di scadenza del Periodo di Assicurazione o del Periodo di Ultrattività (qualora acquistata), indicate nella Scheda di Copertura;

(iii) qualsiasi Richiesta di Risarcimento derivante da Fatti Noti all'Assicurato prima della data di decorrenza della Polizza, anche se dichiarate nel Questionario di Proposta.

2.2 Sono inoltre escluse dall'Assicurazione le Richieste di Risarcimento e/o i Fatti e/o le Circostanze:

(a) derivanti da furto, rapina ed estorsione;

(b) derivanti all'Assicurato per danni alle opere in costruzione e alle cose sulle quali si eseguono i lavori;

(c) 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, salvo quanto previsto dall'Articolo 1.8 "Responsabilità per l'uso di veicoli";

(d) causate da un difetto del prodotto per i quali l'Assicurato riveste la qualifica di produttore, dopo che sia stato consegnato a terzi;

(e) derivanti da danni di natura estetica e fisionomica conseguenti a qualsiasi intervento chirurgico, atto invasivo e/o trattamento medico aventi finalità estetiche, qualora le pretese risarcitorie siano inerenti alla mancata rispondenza del risultato estetico,

(f) derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici, tra cui il c.d. *mobbing*;

(g) relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (*punitive or exemplary damages*);

(h) relative ai danni di qualunque natura direttamente o indirettamente derivanti da muffe tossiche, dal piombo, dall'amianto o prodotti contenenti amianto;

(i) derivanti da alluvioni, inondazioni, terremoti e calamità naturali in genere;

(l) relative a perdita o danno causato da, o al quale abbia materialmente contribuito, l'adozione di un medicinale, farmaco, prodotto parafarmaceutico e/o protesi evidentemente difettoso/a, prescritto o fornito dall'Assicurato;

(m) correlate ad atti di terrorismo e sabotaggio, e quelli verificatisi in occasione di atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare ed invasione;

(n) 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;

(o) derivanti dal rilascio, esplosione o utilizzo di armi di distruzione di massa, che prevedano o meno la fissione o la fusione nucleare o la presenza di agenti chimici, biologici, radioattivi o simili, da parte di chiunque, in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione;

(p) derivante da qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere qualunque atto terroristico;

(q) che derivi da contaminazioni radioattive, trasformazione o trasmutazione di atomi, siano esse naturali o artificiali (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, acceleratori ecc.) diverse da quelle previste dalla lettera (o) del presente Articolo;

(r) per i danni derivanti da detenzione o impiego di esplosivi;

(s) in base alla quale l'Assicurato goda (o per la quale potrebbe godere, indipendentemente dall'esistenza di questa Polizza) di indennizzi previsti da un qualsiasi altro contratto di assicurazione, a eccezione di quando tale altra assicurazione opera in eccedenza specifica per garantire un indennizzo integrativo dell'importo liquidabile in base a questa Polizza;

(t) avanzata da, o in nome e per conto dell'Assicurato (salvo quanto previsto dall'Art. 1.3. "R.C.O. - Responsabilità civile verso Prestatori di lavoro", o quando il Dipendente venga considerato Terza Parte);

(u) derivanti da prestazioni di neonatologia, terapia intensiva e assistenza al parto, sia naturale sia cesareo. Questa esclusione non è applicabile ad attività di diagnostica pre-natale ed attività diagnostiche similari;

(v) derivante dalla responsabilità che ricade sul produttore di farmaci o dispositivi sanitari, nonché quella correlata alla responsabilità civile derivante da impianti di protesi e/o da difetto del dispositivo;

(w) per danni derivanti dallo svolgimento di Attività non indicate nel Questionario di Proposta;

(x) Qualsiasi responsabilità amministrativa che incomba in capo all'Assicurato in qualità di socio, direttore, consigliere e/o sindaco della Contraente;

(y) fatto salvo quanto previsto dall'Articolo 1.6 lett. (h) "*Proprietà o Conduzione di Fabbricati*", derivanti a condutture ed impianti sotterranei in genere, a fabbricati ed a cose dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno, da qualsiasi causa determinati;

(z) derivanti dalla sottrazione, distruzione, manipolazione di dati informatici, perdite patrimoniali derivanti da perdita, alterazione, distruzione di Dati, Programmi di codifica o software, così come i danni derivanti dall'interruzione dell'attività causati da malfunzionamenti, difetti dei sistemi

informatici, attacchi e ransomware cibernetici, terrorismo cibernetico, qualsiasi tipologia di virus informatico, indisponibilità dei Dati e malfunzionamento di hardware, software e chips impressi, nonché ogni interruzione di attività conseguente a quanto precedentemente riportato, se generate da:

- atto doloso informatico (cyber crime);
- denial of service (negazione di servizio);
- disservizio del fornitore di servizi IT di outsourcing;
- interruzione generalizzata della connettività Internet avvenuta in una o più nazioni o continenti.

(aa) derivanti da eventi legati ai PFAS, come qui definiti. La presente polizza esclude:

1) qualsiasi lesione fisica, danno alla proprietà, perdita per lesioni personali e pubblicitarie, responsabilità, danno, risarcimento, malattia, malattia, morte, pagamento medico, costo di difesa, costo, spesa o qualsiasi altro importo direttamente o indirettamente e indipendentemente da qualsiasi altra causa che contribuisca in modo concomitante o in qualsiasi sequenza, originato da, causato da, derivante da, contribuito da, risultante da, o comunque in connessione con le effettive, presunte o minacciate proprietà contaminanti, patogene, tossiche o altre proprietà pericolose dei PFAS; e
2) tutte le perdite, i costi e le spese derivanti da qualsiasi reclamo, contenzioso, controversia, arbitrato, indagine o qualsiasi altro procedimento legale o risoluzione di controversie, in tutto o in parte, direttamente o indirettamente causati da, derivanti da, risultanti da, basati su o in qualsiasi modo correlati a, uno qualsiasi dei seguenti comportamenti, inclusi, ma non limitati a:
    a) Inalazione, ingestione, consumo, contatto, esposizione, esistenza o presenza di prodotti o materiali contenenti PFAS, reali, presunti o minacciati; oppure
    b) Progettazione, fabbricazione, produzione, uso, vendita, installazione, immissione sul mercato, rimozione, distribuzione, manipolazione, imballaggio, stoccaggio, commercializzazione, lavorazione o qualsiasi altra attività commerciale simile relativa a prodotti o materiali contenenti PFAS; oppure
    c) Verifica, monitoraggio, bonifica, abbattimento, rimozione, contenimento, trattamento, disintossicazione, neutralizzazione, bonifica, smaltimento o in qualsiasi modo risposta o valutazione degli effetti di prodotti o materiali contenenti PFAS; o
    d) Mancata segnalazione alle autorità di prodotti o materiali contenenti PFAS; o
    e) Mancata segnalazione di potenziali conseguenze o inadeguatezza delle avvertenze relative a uno dei comportamenti descritti nelle lettere da a) a d).

Definizione di PFAS:

Ai sensi del presente documento, per "PFAS" si intendono:

Composti perfluorurati, sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche in qualsiasi forma, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

a) qualsiasi molecola organica, sale, radicale libero o ione, la cui composizione includa almeno uno dei seguenti elementi: gruppo metilico perfluorato (-CF3); o gruppo perfluorurato metilene (-CF2-); o
b) qualsiasi scomposizione di una molecola organica, sale, radicale libero o ione, la cui composizione è stata ottenuta; o

c) qualsiasi bene, prodotto o materiale che abbia una formula chimica o una struttura uguale o simile a quella di tali composti perfluorurati, sostanze perfluoroalchiliche e polifluoroalchiliche; oppure

d) la sua presenza o il suo utilizzo in qualsiasi lega, sottoprodotto, composto o altro materiale o rifiuto che includa o derivi da tali composti o sostanze.

(ab) derivanti da sanzioni, divieti o restrizioni ai sensi di risoluzioni delle Nazioni Unite o di sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ARTICOLI 3.1. – 3.4. – SINISTRI

3.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

a) **Agli effetti dell'Assicurazione della Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)**
Agli effetti della presente assicurazione la denuncia per iscritto alla Società (per tramite di Capanna Group s.r.l. indicato in Scheda di Copertura) deve essere fatta dal Contraente o dall'Assicurato per il tramite del Contraente entro 30 (trenta) giorni da quando la richiesta di risarcimento è pervenuta o l'Assicurato ne ha avuta conoscenza.

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.

Se, per ragioni che esulano da comportamenti non direttamente riconducibili all'Assicurato, quest'ultimo è impossibilitato ad inviare la comunicazione entro il Periodo di Validità della Polizza, la Società concede un ulteriore periodo di tolleranza di 30 (trenta) giorni, sempre che l'Assicurato sia venuto a conoscenza della Richiesta di Risarcimento entro il Periodo di Validità della Polizza.
La presente Polizza non coprirà i sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, tenuto conto del periodo di tolleranza come sopra indicato, salvo quanto previsto in caso di attivazione dell'estensione di Ultrattività precisata tramite appendice alla presente polizza. Alla denuncia devono far seguito entro e non oltre 30 (trenta) giorni, i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

b) **Agli effetti dell'Assicurazione della Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO)**
Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di dare avviso scritto alla Società di ciascuna Richiesta di Risarcimento entro 30 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, nonché di qualsiasi fatto dannoso dal quale ne sia derivata la morte della persona.
Se per l'infortunio viene iniziato un procedimento penale, il Contraente o l'Assicurato deve darne comunicazione alla Società appena ne abbia notizia. Il Contraente o l'Assicurato dovrà comunicare all'ufficio sinistri della Società qualsiasi richiesta o azione intrapresa dal richiedente, o dagli eredi del richiedente, e quelle degli enti assicurativi competenti e dovrà trasmettere tempestivamente qualsiasi documentazione ricevuta relativa alla vertenza.

3.2 DIVIETO DI RICONOSCIMENTO DI RESPONSABILITÀ

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, salvo quanto previsto dall'Articolo 3.4.2.

3.3 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente può recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata o Posta Certificata (PEC) dando un preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.
La Società può recedere dal presente contratto assicurativo con le medesime modalità in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'Assicurato per più di un Sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.
L'eventuale incasso di Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro e il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Assicuratore ad avvalersi della facoltà di Recesso.

3.4. PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI SOTTO SIR

Ferme tutte le condizioni contrattuali precedenti da intendersi integralmente richiamate, limitatamente all'assicurazione della responsabilità civile verso terzi (RCT/O), soggetta all'applicazione della Self Insured Retention (SIR) come indicata in Scheda di Copertura, si applicherà la procedura così come disciplinata, oltre che negli articoli che seguono, da un protocollo di gestione finalizzato a garantire il massimo coordinamento tra la Società e l'Assicuratore.

3.4.1. PARTECIPAZIONE DELLA SOCIETÀ ALLE RIUNIONI DEI COMITATI VALUTAZIONI SINISTRI

La Società partecipa, tramite un proprio rappresentante, alle sedute periodiche del Comitato Valutazione Sinistri. Le parti, al fine di una gestione condivisa sulla pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate all'Assicurato, dovranno esprimere le proprie valutazioni sull'opportunità di giungere ad una transazione della controversia, ovvero di respingere una richiesta di risarcimento, tenendo in considerazione per ogni caso esaminato:

- le conclusioni degli specialisti medico legali (ove occorra corredate dai pareri di specialisti della specifica disciplina oggetto della richiesta di risarcimento);
- il rischio di soccombenza;
- la concreta possibilità di difesa in relazione al quadro probatorio disponibile, alla disciplina normativa di riferimento, e agli orientamenti giurisprudenziali di legittimità e di merito relativi al caso in esame, con particolare richiamo a quelli relativi al Foro Giudiziario dove sarà incardinata l'eventuale causa.

3.4.2 PROCEDURA LIQUIDAZIONE SINISTRI RIENTRANTI NELLA S.I.R.

Ai fini di una gestione condivisa dei sinistri rientranti nella SIR, l'istruzione e la gestione, in sede stragiudiziale e giudiziale, civile e penale, dei medesimi può essere assunta congiuntamente.

L'Assicurato, al fine di mettere la Società nelle condizioni di svolgere l'attività istruttoria, dovrà:

- far firmare al terzo il modulo relativo alla privacy necessario ai fini dell'acquisizione del consenso scritto al trattamento dei dati sensibili di cui alla normativa vigente, esteso anche all'attività che verrà realizzata dalla Società;
- inviare alla Società tutta la documentazione indispensabile alla istruzione del sinistro.

Le spese di istruzione del sinistro, nonché gli oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno esclusivamente a carico dell'Assicurata.
In caso di transazione o condanna giudiziale, il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al Terzo verrà effettuato direttamente dall'Assicurata. L'Assicurato e la Società convengono che qualora all'esito dell'istruttoria il danno dovesse risultare superiore alla SIR, si farà ricorso alla procedura di gestione per i sinistri eccedenti l'importo della SIR. Da quel momento, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno a carico della Società, esclusi in ogni caso i costi fino a quel momento sostenuti dall'Assicurato, che resteranno a carico dello stesso. Ferma la previsione degli oneri a carico dell'Assicurata, nel caso in cui quest'ultima, per qualsiasi motivo di carattere organizzativo, richieda un supporto nell'attività di istruzione di un sinistro, la Società si renderà disponibile a prestare la propria collaborazione, assumendo esclusivamente gli oneri relativi ad una eventuale consulenza medico legale supplementare richiesta dall'Assicurata ed effettuata da uno specialista medico legale individuato all'interno di un elenco predisposto dalla Società e condiviso con l'Assicurata.

3.4.3 PROCEDURA LIQUIDAZIONE SINISTRI ECCEDENTI LA S.I.R.

Ai fini di una gestione condivisa dei sinistri che eccedono la SIR, l'istruzione e la gestione, in sede stragiudiziale e giudiziale, civile e penale, dei medesimi può essere assunta congiuntamente in applicazione delle procedure più specificatamente dettagliate nel protocollo di gestione che sarà sottoscritto tra l'Assicurato e la Società. La Società, al fine di mettere l'Assicurato nelle condizioni di svolgere l'attività istruttoria, dovrà:

- far firmare al Terzo il modulo relativo alla privacy necessario ai fini dell'acquisizione del consenso scritto al trattamento dei dati sensibili di cui alla normativa vigente, esteso anche all'attività che verrà realizzata dall'Assicurato;
- inviare alla Società tutta la documentazione indispensabile alla istruzione del sinistro.

Le parti convengono che tutto quanto previsto ai fini della gestione e della liquidazione dei sinistri con valore superiore alla SIR verrà sempre applicato nelle seguenti ipotesi:

- di decesso di una persona;
- lesione permanente di grado pari o superiore al 50%;
- danni da parto da cui sia derivato un danno biologico uguale o superiore al 50%;
- il *petitum* è superiore alla SIR.

L'Assicurato, nei casi in cui intenda partecipare all'istruzione congiunta del sinistro, potrà provvedere alla nomina di propri consulenti, i cui costi resteranno a suo carico, potendo condividere eventuali attività comuni con la Società (a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, la visita medico legale della persona lesa), che procederà per quanto di sua competenza a svolgere la completa istruttoria del sinistro. La Società si farà carico degli oneri e delle spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso. L'Assicurato si

impegna a concordare preventivamente con la Società la scelta del legale a cui sarà affidato l'incarico di rappresentanza e difesa dell'Assicurato. A tal fine, la Società si impegna a condividere con l'Assicurato gli elenchi dei professionisti all'interno del quale la Società potrà attingere alla nomina di un legale.
Salvo eventuali casi di incompatibilità tra le posizioni dei singoli Assicurati, la Società sosterrà le spese relative alla nomina di un solo legale, che dovrà attenersi alle tariffe preventivamente concordate ed autorizzate dalla società.
In relazione alle vertenze aventi ad oggetto la materia penale, la società si farà carico soltanto delle spese legali fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato.
In caso di procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010, l'Assicurato, ricevuta la convocazione, la trasmetterà tempestivamente alla Società, la quale valuterà l'opportunità o meno di una partecipazione.
Nel caso in cui la Società decida di aderire al procedimento di mediazione, invierà una comunicazione in tal senso all'Assicurato, indicando il nominativo del legale prescelto, al quale dovrà essere rilasciata una apposita procura. Eventuali costi del procedimento saranno anticipati dall'Assicurato e successivamente rimborsati dalla Società.
Nel caso in cui, invece, la società riterrà non opportuno aderire al procedimento di mediazione, nella comunicazione scritta che dovrà inviare all'Assicurato dovrà precisare le motivazioni che rendono non utile la partecipazione.
Tutto quanto sin qui stabilito troverà applicazione anche in relazione alla nomina degli specialisti medico legali, che si renda necessaria in relazione ai giudizi civili e penali, procedimenti di mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010, nonché in relazione ad ogni altra procedura di risoluzione alternativa delle controversie prevista dall'ordinamento, nell'ambito dei quali l'Assicurato si potrebbe trovare coinvolto durante il Periodo di Validità della Polizza.
Ne consegue che, anche con riferimento alla designazione degli specialisti medico legali, la nomina di questi ultimi ed il limite tariffario dovranno essere preventivamente concordati con la Società.
L'Assicurato e la Società convengono che, nei casi in cui all'esito dell'istruttoria il danno dovesse risultare pari o inferiore alla SIR, si farà ricorso alla procedura di gestione per i sinistri rientranti nella SIR. Da quel momento, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno a carico dell'Assicurata, fatti salvi i costi fino a quel momento sostenuti dalla Società, che resteranno a carico della stessa.
Al completamento dell'istruttoria del sinistro, la Società comunicherà gli esiti della stessa all'Assicurata, unitamente ad una proposta transattiva o di rigetto della richiesta di risarcimento. Nel caso in cui la Società ritenga che vi siano i presupposti per addivenire ad una definizione transattiva del sinistro, trasmetterà all'azienda uno schema di proposta contenente:

- La dichiarazione di non aver avviato alcuna trattativa per addivenire ad una transazione con il terzo;
- La quantificazione del sinistro, con la specifica indicazione dell'importo massimo e minimo entro cui definire l'ammontare della somma per la transazione;
- Una copia della relazione medico-legale predisposta nel corso dell'istruttoria;
- Una scheda tecnica contenente:

1) le motivazioni che sorreggono la convenienza della transazione
2) in via preferenziale, ove sussistente, la giurisprudenza più recente del Foro giudiziario dove sarà iscritta l'eventuale causa, e che sia conferente al caso oggetto di trattazione;
3) gli scenari ipotizzabili in caso di mancata adesione alla transazione

Entro il termine di 15 giorni dalla ricezione della documentazione, l'Assicurata dovrà comunicare alla società

la propria adesione ovvero il proprio diniego alla proposta di definizione transattiva del sinistro, evidenziando, in quest'ultima ipotesi, i seguenti aspetti:

- le motivazioni del diniego, nonché le controdeduzioni agli scenari ipotizzati dalla Società in caso di mancata adesione alla transazione;
- in via preferenziale, ove sussistente, la giurisprudenza più recente del Foro giudiziario dove sarà iscritta l'eventuale causa, a supporto delle ragioni del diniego espresso dall'Assicurato.

Le parti convengono che in caso di persistente contrasto tra le stesse, troverà applicazione il principio **dell'INTERESSE ECONOMICO PREVALENTE**, secondo la procedura prevista nell'articolo che segue.
Nel caso di adesione da parte dell'Assicurata alla proposta transattiva, la Società procederà alla definizione del sinistro prendendo contatti con il Terzo e impegnandosi ad aggiornare costantemente l'Assicurato sugli sviluppi di tale attività.
Qualora sia stata raggiunta una transazione per un importo pari o inferiore alla SIR, la Società trasmetterà tutta la documentazione che attesta l'avvenuta definizione del sinistro all'Assicurato, affinché quest'ultimo provveda al pagamento dell'intero importo. In caso di mancato, tardivo o parziale pagamento, gli eventuali ulteriori costi resteranno a totale carico dell'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicurato non comunichi entro il termine sopra indicato la propria valutazione di adesione ovvero di diniego, la Società potrà procedere alla definizione del sinistro, senza che l'Assicurato possa sollevare eventuali eccezioni e dovendo provvedere al pagamento della somma di propria spettanza, previa emissione di quietanza *pro-quota*. In questi casi, la Società resterà, quindi, obbligata esclusivamente per la propria quota parte.

3.4.4 PROCEDURA PER LA SOLUZIONE DEI CONTRASTI INSORTI NELLA GESTIONE DEI SINISTRI TRA ASSICURATORE E ASSICURATO

Nell'ipotesi in cui le relazioni medico legali redatte dai consulenti dell'Assicurato e della Società, unitamente ai pareri specialistici, giungano a conclusioni tra loro divergenti, la Società si impegna, con oneri a proprio carico, a produrre un ulteriore parere medico legale che sarà discusso in un apposito Comitato Valutazione Sinistri, convocato dall'Assicurato, finalizzato ad individuare, in un'ottica di massimo coordinamento tra le parti, un processo liquidativo condiviso.
Nel caso in cui persista un contrasto, le parti potranno ricorrere all'applicazione del principio **dell'INTERESSE ECONOMICO PREVALENTE** secondo i criteri di seguito enunciati.
In caso di contrasto tra le parti circa la sussistenza dei profili di responsabilità (contrasto sull'*an debeatur*) e di contrasto tra le parti sulla quantificazione del danno, si procederà con l'acquisizione di un parere supplementare redatto da un medico-legale che non abbia motivi di incompatibilità rispetto al sinistro oggetto di contrasto, individuato di comune accordo, nell'elenco dei medici legali specializzati in materia di responsabilità sanitaria e iscritti nell'elenco dei CC.TT.UU. del Tribunale dove, in caso di controversia giudiziale, sarà iscritta la causa. Tale elenco sarà preventivamente validato ed integrato con nominativi selezionati dalla Società.
I quesiti su cui verrà chiamato ad esprimersi il consulente medico legale designato saranno definiti di comune accordo tra le parti, che si occuperanno inoltre di trasmettere la relativa documentazione, ciascuna per quanto di competenza. Le spese di redazione del parere medico legale supplementare saranno a carico di entrambe le parti in eguale misura.

Nel caso in cui il consulente medico legale interpellato escluda la sussistenza di profili di responsabilità dell'Assicurato, la richiesta di risarcimento andrà respinta.
Nel caso in cui il consulente medico legale interpellato, invece, riconosca la sussistenza di profili di responsabilità dell'Assicurato, dovrà anche fornire una quantificazione, in via del tutto potenziale, dei postumi permanenti e temporanei ai fini dell'individuazione dell'interesse economico prevalente. Le conclusioni del consulente medico legale saranno vincolanti per le parti esclusivamente per la determinazione dell'interesse economico prevalente.

Ai fini della determinazione dell'interesse economico prevalente, si precisa che:

- prevale l'interesse economico della Società nei casi in cui la valutazione del consulente medico legale e la conseguente quantificazione economica del danno determini un potenziale esborso della Società, al netto della SIR, superiore alla stessa SIR.

- prevale l'interesse economico dell'Assicurato nei casi in cui la valutazione del consulente medico legale e la conseguente quantificazione economica del danno determini un potenziale esborso dell'Assicurato superiore a quello della Società, al netto della SIR.

In questo caso la Società non potrà procedere alla definizione del sinistro e dovrà attenersi alle indicazioni ricevute dall'Assicurato.
Tuttavia, in tutti i casi, in cui sussista un interesse economico prevalente dell'Assicurato, resta ferma la possibilità per la Società di indicare all'Assicurato una nuova proposta di definizione, redatta sulla base di nuovi elementi emersi nel corso della successiva attività di gestione, stragiudiziale e giudiziale, del sinistro.
È fatta comunque salva la possibilità per le parti di discostarsi, in qualsiasi momento, dalle conclusioni della perizia supplementare e trovare una soluzione alternativa condivisa, fornendo ulteriori pareri medico legali e specialistici necessari per l'eventuale rivalutazione del caso, i cui costi resteranno a carico del soggetto che li avrà richiesti.

3.5 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI IN FRANCHIGIA

Ferme tutte le condizioni contrattuali precedenti da intendersi integralmente richiamate, limitatamente all'assicurazione della responsabilità civile verso terzi (RCT/O), soggetta all'applicazione della Franchigia come indicata in Scheda di Copertura, la trattazione e la definizione del Sinistro sarà condotta dalla Società che avrà il diritto di determinare in autonomia gli importi posti a riserva, le strategie di difesa, le proposte di offerte alla controparte tenendone informato l'Assicurato, sostenendo i costi di gestione. La Società di volta in volta, dopo aver definito il sinistro, provvederà alla liquidazione del Danno per la parte di propria competenza a seguito del pagamento della Franchigia da parte dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato ometta di effettuare tale pagamento, la Società si riserverà il diritto di pagare l'intero importo e dedurre l'ammontare dovuto a titolo di franchigia da qualsiasi altro pagamento dovuto all'Assicurato ai sensi di questa polizza, o eventuali polizze precedenti di cui essa sia un rinnovo, o futuri rinnovi della stessa.

ARTICOLI 4.1 – 4.5. – VALIDITÀ DELLA POLIZZA

4.1 DURATA DEL CONTRATTO – MODALITÀ DI RINNOVO - DIRITTO DI RECESSO ALLA SCADENZA - VARIAZIONI CONTRATTUALI A SCADENZA

L'assicurazione entrerà in vigore e cesserà alle date rispettivamente indicate nella Scheda di Copertura (corrispondenti al Periodo di Validità della Polizza).
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi entro i 30 gg accordati, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

OPZIONE 1)

A questo contratto non si applica il tacito rinnovo previsto dall'Art. 1899 del Codice Civile.
Le Parti convengono che, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza naturale del contratto, possono di comune accordo decidere di rinnovare il presente contratto per un'ulteriore annualità e alle medesime condizioni, fatto salvo quanto previsto al successivo Articolo 4.2.

OPZIONE 2)

Il contratto s'intende automaticamente rinnovato, dalla data della sua scadenza, per un nuovo Periodo di Assicurazione di 12 mesi subordinatamente al pagamento del premio dovuto ai sensi dell'articolo 5.1. Rimane ferma la facoltà di ognuna delle Parti di dare disdetta al contratto mediante lettera raccomandata o Posta Certificata (PEC) da inviare all'altra Parte almeno 30 (trenta) giorni prima della data di ogni tacita scadenza.

4.1.1 VARIAZIONI CONTRATTUALI A SCADENZA

Ferme le previsioni di cui all'Articolo 4.1., qualora le Parti hanno deciso di rinnovare il presente contratto, previo preavviso di almeno 30 (trenta) giorni, la Società, ai sensi della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, con riferimento al verificarsi o meno di sinistri, nonché in relazione alle azioni intraprese per la gestione del rischio, di analisi sistemica degli incidenti e di quanto stabilito nel protocollo di gestione dei sinistri, comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie, in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del Premio stesso e del fabbisogno finanziario della Società. Il Contraente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure ritirando la nuova quietanza e pagando il nuovo Premio.

4.2 VALIDITÀ TERRITORIALE E TEMPORALE, RETROATTIVITÀ ED ESTENSIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

4.2.1 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, esclusi gli Stati Uniti d'America, le Isole Vergini, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione.
È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia.
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.

4.2. VALIDITÀ TEMPORALE, CLAUSOLA "*CLAIMS MADE*", RETROATTIVITÀ E ESTENSIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

L'Assicurazione è prestata nella forma ***Claims Made***, ossia opera per Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato o, nel caso di azione diretta, dalla Società, per la prima volta durante il Periodo di Validità della Polizza, purché siano conseguenza di eventi verificatisi o di errori od omissioni commessi anche prima del Periodo di Validità della Polizza, a condizione che siano accaduti successivamente alla Data di Retroattività riportata nella Scheda di Copertura, e sempre che l'Assicurato ne dia comunicazione alla Società, nel rispetto di quanto previsto dagli Artt. 3.1-3.4, nel corso del Periodo di Validità della Polizza e in ogni caso non oltre il trentesimo (30) giorno dopo la scadenza del Periodo di Validità della Polizza. In nessun caso la Società risponderà per richieste di risarcimento assistite da coperture assicurative in essere con altri assicuratori anteriormente alla data di effetto della presente assicurazione.

4.3 MDO CLAUSE

Per quanto concerne gli esercenti la professione sanitaria che abbiano agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente, è condizione per aver diritto all'Indennizzo secondo la presente Polizza che:

a) l'Assicurato si accerti e conservi prova del fatto che, secondo quanto previsto ai sensi dell'art. 10, comma 2 Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, tutti gli esercenti la professione sanitaria di cui sopra abbiano sottoscritto una propria Polizza di assicurazione individuale operante a primo rischio a copertura della propria responsabilità professionale medica sanitaria con un massimale uguale o maggiore di quello indicato nella Scheda di Copertura;
b) l'Assicurato adotti tutte le misure opportune per preservare e assicurare l'effettività dei diritti e rimedi di regresso/surroga e cooperare con gli Assicuratori nell'esercizio del proprio diritto di surroga

È una condizione aggiuntiva (essenziale) al diritto di Indennizzo che il Contraente abbia implementato il sistema di gestione del rischio per assicurare le condizioni di cui alle lett. (a) – (b) sopra menzionate e che tutti gli esercenti la professione sanitaria (compreso il Personale Dipendente ed equiparato) che esercitano in nome o per conto dell'Assicurato dispongano e mantengano il titolo abilitante all'esercizio della professione sanitaria.

4.3.1 ALTRA ASSICURAZIONE SOTTOSCRITTA DAL CONTRAENTE

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
In caso di presenza ed operatività di altra polizza assicurativa per il medesimo rischio, la presente assicurazione è prestata, nell'ambito e nei limiti di quanto indicato nella presente Polizza, a "secondo rischio" e cioè in eccedenza ai Massimali garantiti da detta altra polizza sottoscritta dall'Assicurato fino alla concorrenza della somma assicurata con il presente contratto.

4.4 AZIONE DI SURROGA E RIVALSA

La Società che ha pagato l'indennità esercita l'azione di regresso e/o di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916 c.c., fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

Il Contraente/Assicurato è tenuto a preservare e garantire il diritto di surrogazione della Società ed è responsabile verso la Società del pregiudizio eventualmente arrecato allo stesso. A tal fine il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Nei confronti degli esercenti la professione sanitaria che hanno agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente è fatto salvo il diritto di regresso della Società e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, c.c. e dell'articolo 9 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017

Nei confronti del Personale Dipendente e del personale ad esso equiparato è fatto salvo il diritto di regresso della Società e quello di surrogazione ai sensi dell'Art. 1916, comma 1, c.c. e dell'articolo 9 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 solo per fatti da loro cagionati con dolo o colpa grave, anche se non accertati giudizialmente, nei limiti stabiliti dall'Art. 9, comma 6, Legge N. 24/2017.

4.5 SIR/FRANCHIGIA PER SINISTRO

Resta convenuto tra le Parti che la presente Polizza, è soggetta all'applicazione di una Franchigia o *Self Insured Retention* (SIR) come definita nel presente contratto e specificata nella Scheda di Copertura. Resta convenuto fra le Parti che la garanzia di cui alla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui potenziale risarcimento superi l'importo della Franchigia o *Self Insured Retention* (SIR). Il pagamento della Franchigia da parte del Contraente è una condizione di operatività di questa Polizza. Il Contraente comprende e accetta l'obbligo di pagamento della Franchigia o *Self Insured Retention* (SIR) e garantisce il pagamento della stessa il prima possibile (almeno entro 60 gg) dalla definizione di un eventuale sinistro.

ARTICOLO 5.1 – 5.9 – ALTRE CLAUSOLE

5.1 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il presente contratto di assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data specificata nella Scheda di Copertura e, in espressa deroga all'art. 1901 Cod. Civ., il premio deve essere corrisposto entro 30 giorni dalla data di decorrenza.
Nel caso in cui il Contraente non adempia all'obbligo di pagamento entro il termine sopra specificato, il presente contratto di assicurazione sarà sospeso e riprenderà alle ore 24.00 del giorno in cui è effettuato il pagamento, senza modifica delle date di scadenza della Polizza, ma con la facoltà per gli Assicuratori di modificare le modalità e le condizioni in caso di denuncia di un Sinistro o di qualsiasi altro evento rilevante per la loro valutazione del rischio coperto dal presente contratto, se questo si verifica prima della data di sospensione.
Salvo se diversamente specificato mediante la apposita appendice alla presente Polizza, tutti i premi sono da corrispondersi tramite l'Intermediario menzionato nella Scheda di Copertura.
Il Premio relativo ad ogni periodo di assicurazione sarà sempre dovuto per intero, anche se è concessa una rateizzazione dei premi ed anche se è richiesto un versamento anticipato del premio al momento dell'inizio del periodo di Durata della Polizza, con conguaglio alla scadenza.

5.2 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Nel caso in cui il Premio menzionato nella Scheda di Copertura sia soggetto a regolazione sulla base di dati variabili, il Contraente pagherà all'inizio di ciascun periodo di Durata della Polizza un premio "minimo a deposito non rimborsabile", calcolato applicando il convenuto tasso di premio al valore totale dei dati variabili stimati per detto periodo di Durata della Polizza.

Entro 60 giorni dalla scadenza di ogni periodo di Durata della Polizza il Contraente dovrà comunicare per iscritto agli Assicuratori il valore totale dei dati variabili a consuntivo riferito al periodo di Durata della Polizza. Il premio finale sarà calcolato applicando il tasso di premio al dato comunicato e formalizzato tramite appendice di regolazione. Il premio sarà corrisposto entro 30 giorni dalla data di appendice di regolazione.

5.3 ONERI FISCALI

Tutti gli oneri fiscali connessi al presente contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

5.4 MODIFICHE AL CONTRATTO

Qualsiasi modifica al presente contratto dovrà essere apportata mediante una appendice firmata sia dall'Assicurato sia dagli Assicuratori.

5.5 DICHIARAZIONI RELATIVE CIRCA LE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni e le informazioni rese dal Contraente e riportate nel Questionario di Proposta formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere garantito da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5.6 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.
Se la variazione del rischio implica un aggravamento dello stesso tale per cui la Società avrebbe sottoscritto il contratto per un premio maggiore, la Società può richiedere la modifica delle condizioni in corso.
Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni la Società ha diritto di recedere dall'assicurazione nel termine di 60 giorni dalla ricevuta comunicazione, dando al Contraente preavviso di sessanta (60) giorni.
Se invece la comunicazione della circostanza che determina la variazione del rischio comporta una riduzione di quest'ultimo, il premio è ridotto in proporzione, a decorrere dalla scadenza annuale successiva alla data di ricevimento della comunicazione. Resta inteso che la Società, in questa ultima ipotesi, ha facoltà – ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile - di recedere dal contratto entro 60 giorni dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

5.7 CLAUSOLA BROKER – COMUNICAZIONI AGLI ASSICURATORI

Il Contraente con il presente documento, conformemente all'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni Private (D.Lgs. n. 209 del 7.9.2005), conferma di aver affidato la gestione e l'esecuzione del presente contratto di assicurazione al Broker/Intermediario menzionato nella Scheda di Copertura.

Il Contraente si impegna ad effettuare qualsiasi comunicazione riguardante il presente contratto di assicurazione mediante lettera raccomandata o Posta Certificata (PEC) tramite il menzionato Intermediario, delegato dal Contraente alla gestione del presente contratto di assicurazione. Questo articolo non pregiudica in alcun modo la notificazione agli Assicuratori tramite Capanna, di cui alla Condizione 3.1.

5.8 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'Autorità Giudiziaria del luogo della sede legale del Contraente.

Resta fermo che per il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28 del 2010 e s.m.i. per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente un Organismo che abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il Tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio, abbia sede nel luogo della sede legale del Contraente.

5.9. – LEGISLAZIONE APPLICABILE – INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA.

Per l'interpretazione di questo contratto e per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni, clausole e definizioni contenute in questo contratto, o allo stesso aggiunte con appendice sottoscritta da entrambe le parti, si farà riferimento esclusivo alla legislazione della Repubblica Italiana.
Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente ed all'Assicurato su quanto contemplalo dalle condizioni tutte di assicurazione.

Il Contraente dichiara ai sensi degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- art. 4.2. Validità temporale dell'Assicurazione, Clausola "Claims Made", Retroattività e Estensione della garanzia Assicurativa;
- Artt. 3.1 – 3.4 Sinistri;
- Art. 4.1 Durata del Contratto – Modalità di Rinnovo - Diritto di Recesso alla Scadenza - Variazioni Contrattuali a Scadenza

dolomiti sportclinic

dolomiti sportclinic GmbH-Srl
J.B. Purgerstrasse 181 via J.B. Purger
I-39046 St. Ulrich/Ortisei
(Gröden - Val Gardena)
T 0471 086 000 • F 0471 086 001
www.dolomiti-sportclinic.com • MwSt.-Nr./P. IVA 02691760215

IL CONTRAENTE

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE

Eventuali reclami dovranno essere indirizzati per iscritto a:

- **Beah Italia Srl**
  Via Pietro Paelocapa, 1 – 20121 Milano
  Pec: beahitalia@pec.it

- **Accelerant Europe SA/NV**
  Bastion Tower Level 12, Place Du Champ de Mars 5,
  1050 Brussels Belgium

  Rappresentanza Generale per l'Italia:
  via P. Paleocapa, 1 – 20121 Milano (Italia)
  E-mail: reclami@accelins.com

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

- **IVASS**
  Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) Servizi Tutela degli Utenti
  Via del Quirinale 21 00187 Roma Italia
  Tel.: 800 486661 (dall'Italia) - Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)
  Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353;
  E-mail: ivass@pec.ivass.it

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link: http://www.ivass.it nella sezione Guida ai Reclami

In alternativa i reclami possono essere presentati all'autorità di Vigilanza Belga:

- **Financial Services and Markets Authority**
  Rue du Congrès 12-14, 1000 Brussels,
  tel. +32(0)2 220 52 11
  sito web https://www.fsma.be/en

- **National Bank of Belgium**
  Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Brussels - RPR Brussels - VAT BE 0203.201.340 - info@nbb.be –
  Tel. +32 2 221 21 11

dolomiti sportclinic

dolomiti sportclinic GmbH-Srl
J.B. Purgerstrasse 181 via J.B. Purger
I-39046 St. Ulrich - Ortisei
(Gröden - Val Gardena)
T 0471 086 000 • F 0471 086 001
www.dolomiti-sportclinic.com • MwSt.-Nr./P. IVA 02691760215

IL CONTRAENTE