



Polizza collettiva n. OX00031768 Responsabilità Civile Professionale Convenzione Assimedici

Residenze Sanitarie per Anziani e Strutture Socioassistenziali

Condizioni di assicurazione

Edizione 07.2024

Le Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida Contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari del 6 febbraio 2018

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona; Sede operativa: via Monte Rosa, 20149 Milano;
Capitale Sociale Euro 6.680.000,00 (i.v.); Cod. Fisc./P.IVA e numero di iscrizione al Registro delle imprese di Verona 05850710962;
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008;
Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione presso IVASS, sez. I, al n. 1.00167;
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059;
telefono: 02 92885700; fax: 02 92885749; PEC: revo@pec.revoinurance.com

www.revoinurance.com

Sommario

Glossario.....	3
Norme comuni a tutte le sezioni.....	7
Copertura Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.).....	12
Cosa è assicurato	12
Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura.....	14
Come è prestata l'assicurazione	16
Copertura Responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.)	17
Cosa è assicurato	17
Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura.....	19
Come è prestata l'assicurazione	19
Copertura Responsabilità civile Professionale	20
Cosa è assicurato	20
Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura.....	21
Come è prestata l'assicurazione	22
Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	25
Norme valide per tutte le sezioni	25
Contatti utili.....	27

Glossario

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Assicurato / Aderente	Il soggetto il cui interesse è protetto dall' <i>assicurazione</i> che, con la sottoscrizione del modulo di adesione, aderisce liberamente alla polizza collettiva sostenendo l'onere economico del <i>premio</i> .
Assicurazione	Il contratto di assicurazione, come definito dall'art. 1882 del Codice Civile.
Attività chirurgica	Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e la cucitura del tessuto per fini terapeutici.
Attività chirurgica minore	Attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e la cucitura del tessuto per fini terapeutici, senza l'utilizzo di anestesia se non di tipo locale.
Attività professionale	Il servizio professionale o la consulenza svolta dall' <i>Assicurato / Aderente</i> e dichiarata in <i>polizza</i> .
Atto cyber	Atto non autorizzato, doloso o criminale (oppure una serie di atti non autorizzati, dolosi o criminali, tra loro correlati indipendentemente dal tempo e dal luogo), afferenti all'accesso, all'elaborazione, all'utilizzo o al funzionamento di qualsiasi <i>sistema informatico</i> .
Claims made	La formula assicurativa tramite cui la <i>Compagnia</i> è obbligata all' <i>Indennizzo</i> solo per i <i>danni</i> il cui <i>risarcimento</i> viene chiesto dai danneggiati all' <i>Assicurato / Aderente</i> durante il periodo di validità della <i>polizza</i> e per i quali tale richiesta sia inoltrata alla <i>Compagnia</i> sempre durante il periodo di validità della <i>polizza</i> . La richiesta può riferirsi anche a fatti od atti pregressi, purché accaduti durante il periodo di <i>retroattività</i> indicato in <i>polizza</i> .
Compagnia	L'impresa assicuratrice, REVO Insurance S.p.A.
Contraente	Il soggetto che stipula l' <i>assicurazione</i> , nell'interesse dei propri clienti, e si impegna al versamento dei <i>premi</i> alla <i>Compagnia</i> .
Cose	Gli oggetti materiali e gli animali.
Costi di difesa	Le spese, i diritti e gli onorari legali, calcolati ai minimi della tariffa professionale applicabile, ragionevolmente sostenuti dall' <i>Assicurato / Aderente</i> o sostenuti dalla <i>Compagnia</i> per conto dell' <i>Assicurato / Aderente</i> in relazione a indagini, difese, perizie, liquidazioni, procedimenti giudiziari o arbitrali relativi a una <i>richiesta di risarcimento</i> .
Danno	Qualsiasi tipo di danno patrimoniale, non patrimoniale, indiretto, permanente, temporaneo e futuro subito da <i>terzi</i> , derivante dall'esercizio dell' <i>attività professionale</i> .
Dati	Informazioni, fatti, idee, concetti, codici - organizzati in strutture logiche o meno - che vengono elaborati, utilizzati, archiviati, trasmessi o registrati da un <i>sistema informatico</i> .
Dati personali	Qualsiasi informazione che permette l'identificazione diretta della persona fisica e qualsiasi informazione relativa ad una persona fisica, identificata o identificabile, a titolo esemplificativo ma non limitativo informazioni sullo stato di salute, informazioni relative a carte di credito o debito, conto corrente o password.
Esercente la professione sanitaria	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.
Fatti noti	Fatti, circostanze e situazioni in qualsiasi modo portati a conoscenza dell'<i>Assicurato / Aderente</i>, che potrebbero determinare in futuro (o abbiano, anche in parte, già determinato) <i>richieste di risarcimento</i> da parte di terzi in conseguenza dell'<i>attività professionale</i> esercitata dall'<i>Assicurato / Aderente</i> stesso e/o dai suoi sostituti temporanei. Non sono considerati <i>fatti noti</i>: - la relazione tecnica richiesta dalla Direzione della struttura sanitaria, salvo i casi in cui con la stessa l'<i>Assicurato / Aderente</i> venga portato a conoscenza della esistenza di una <i>richiesta di risarcimento</i> relativa ad un fatto clinico che lo abbia visto comunque coinvolto; - le comunicazioni notificate all'<i>Assicurato / Aderente</i> dalla struttura sanitaria ai sensi dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017 n. 24.

Fatturato	L'importo del volume d'affari conseguito da tutti gli <i>Assicurati / Aderenti</i> coperti dalla presente <i>polizza</i> nel periodo di validità dell' <i>assicurazione</i> , al netto delle fatturazioni tra <i>Assicurati / Aderenti</i> (Intercompany) e dell'IIVA o equivalenti imposte locali.
Franchigia	L'importo, espresso in cifra fissa, che rimane a carico dell' <i>Assicurato / Aderente</i> . La opposizione di <i>franchigia</i> impegna comunque la <i>Compagnia</i> alla gestione del <i>sinistro</i> .
Incidente cyber	Qualsiasi errore od omissione (oppure serie di errori od omissioni, tra loro correlati) che riguardano l'accesso, l'elaborazione, l'utilizzo o il funzionamento di un <i>sistema informatico</i> . Qualsiasi indisponibilità o guasto - parziale o totale (oppure serie di indisponibilità o guasti parziali o totali, tra loro correlati) che impediscano di accedere, elaborare, utilizzare o far funzionare un <i>sistema informatico</i> .
Indennizzo/ Riscarcimento	Somma dovuta dalla <i>Compagnia</i> all' <i>Assicurato / Aderente</i> in caso di <i>sinistro</i> .
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca <i>lesioni fisiche</i> obiettivamente constatabili.
Intermediario	La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi come previsto dall'art. 109 del D.Lgs. 209/2005. Sono <i>intermediari</i> , a titolo esemplificativo, agenti assicurativi, broker e i loro collaboratori.
Lesione fisica	Una lesione al corpo, un malessere, una malattia o la morte. Ad esclusione di tutti i danni da Medical Malpractice, la <i>lesione fisica</i> non comprende danno psichico, angoscia psichica, tensione psichica, stress emotivo, sofferenza, dolore o shock, indipendentemente dal fatto che ciò derivi da lesioni corporali, malessere, malattia o morte di una persona.
Limite di indennizzo / riscarcimento	Importo che opera entro il <i>massimale</i> e che rappresenta il massimo esborso della <i>Compagnia</i> , in relazione a specifiche situazioni espressamente menzionate in <i>polizza</i> .
Massimale	La somma indicata in <i>polizza</i> che rappresenta il <i>limite</i> massimo di <i>indennizzo</i> in caso di <i>sinistro</i> , qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni personali o abbiano sofferto <i>danni a cose</i> di loro proprietà.
Normativa sulla privacy	Le norme relative alla tutela, alla custodia, al controllo o all'uso di <i>dati personali</i> .
Perdita cyber	Qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di riscarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione ad <i>atto cyber</i> o <i>incidente cyber</i> . Devono considerarsi <i>perdita cyber</i> anche le azioni intraprese per controllare, prevenire, reprimere o porre rimedio a un <i>atto cyber</i> o <i>incidente cyber</i> .
Perdite patrimoniali	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta di danni materiali e corporali.
Periodo di assicurazione	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza indicate in <i>polizza</i> e, ogni qualvolta la <i>polizza</i> venga tacitamente rinnovata, il periodo successivo di 12 mesi.
Periodo di ultrattività	Il periodo di tempo successivo alla scadenza del <i>periodo di assicurazione</i> durante il quale l' <i>Assicurato / Aderente</i> può notificare alla <i>Compagnia</i> richieste di <i>riscarcimento</i> manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del <i>periodo di assicurazione</i> e riferite ad errori professionali commessi, o che si presuma siano stati commessi durante il periodo di <i>retroattività</i> . Il <i>periodo di ultrattività</i> può essere per cessazione del contratto o per cessazione dell' <i>attività professionale</i> .
Personale convenzionato	I soggetti <i>esercenti la professione sanitaria</i> , non alle dirette dipendenze della <i>struttura</i> assicurata, di cui quest'ultima si avvale con rapporto di lavoro autonomo per l'erogazione delle prestazioni inerenti le obbligazioni assunte e che prestano la propria attività presso o per conto della <i>struttura</i> assicurata in assenza di uno specifico rapporto contrattuale assunto con il paziente, anche se scelto da quest'ultimo.
Personale dipendente - Prestatori di lavoro	Tutte le persone fisiche di cui la <i>struttura</i> assicurata si avvale per l'esercizio dell'attività assicurata, nel rispetto delle norme di legge in materia di lavoro e delle quali debba rispondere ai sensi di legge, inclusi, corsisti, stagisti, borsisti e tirocinanti. Non sono compresi nella presente definizione i <i>subappaltatori</i> e i loro dipendenti nonché i prestatori di opera e servizi (Art. 2222 del Codice Civile).

Personale in regime libero professionale / Libero Professionista	Il soggetto <i>esercente la professione sanitaria</i> , che presta la sua opera libero professionale presso la <i>struttura</i> assicurata e che si avvale della stessa nell'adempimento di autonoma obbligazione contrattuale assunta con il paziente.
Polizza	Il documento che prova l' <i>assicurazione</i> .
Premio	La somma dovuta dal <i>Contraente</i> alla <i>Compagnia</i> o dall' <i>Assicurato / Aderente</i> all' <i>Intermediario</i> per l' <i>assicurazione</i> .
Retroattività	Il periodo di tempo antecedente alla data di decorrenza dell' <i>assicurazione</i> , espressamente indicato in <i>polizza</i> , entro cui deve essere commesso o si presume sia stato commesso l'errore professionale. La copertura retroattiva si intende prestata anche a favore degli eredi dell' <i>Assicurato / Aderente</i> .
Richiesta di risarcimento	Quella che per prima, tra le seguenti evenienze, viene a conoscenza dell'<i>Assicurato / Aderente</i>, o nel caso di azione diretta del terzo, verso la <i>Compagnia</i>: • La comunicazione con la quale il terzo manifesta all'<i>Assicurato / Aderente</i> l'intenzione di ritenerlo responsabile di danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'<i>Assicurato / Aderente</i> stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di risarcimento di tali danni; • Qualsiasi atto scritto introduttivo di un procedimento civile (compresi negoziazione assistita, mediazione, ricorso o citazione) o la chiamata in causa notificata all'<i>Assicurato / Aderente</i> o la notifica di un atto in cui un terzo si sia costituito parte civile in un procedimento penale; • L'informazione di garanzia; • L'avviso all'<i>Assicurato / Aderente</i> di espletamento di Consulenza Tecnica Preventiva ai sensi dell'art. 369 del Codice di Procedura Penale; gli accertamenti tecnici non ripetibili ai sensi dell'art. 360 del Codice di Procedura Penale; l'avviso di conclusione delle indagini preliminari ai sensi dell'art. 415bis del Codice di Procedura Penale; • Il provvedimento di sequestro disposto dall'Autorità Giudiziaria ai sensi degli articoli 253 e seguenti del Codice di Procedura Penale, 321 e seguenti del Codice di Procedura Penale, nonché di Polizia Giudiziaria ai sensi degli articoli 354 e seguenti del Codice di Procedura Penale in relazione ai danni per i quali è prestata l'<i>assicurazione</i>.
Sentenza passata in giudicato	È il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili.
Sinistro responsabilità civile professionale	La <i>richiesta di risarcimento</i> avanzata per la prima volta nel corso del <i>periodo di assicurazione</i>, ivi compreso il <i>periodo di ultrattività</i> (Forma <i>Claims made</i>) In caso di responsabilità riconducibile alla sola Colpa Grave, il <i>sinistro</i> è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge n. 24/2017 Gelli-Bianco. In questi casi, costituisce <i>sinistro</i> anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei Conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla <i>struttura</i> in vigenza di polizza nei confronti dell'<i>Assicurato / Aderente</i>, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di <i>sentenza passata in giudicato</i>.
Sinistro RCT/RCO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l' <i>assicurazione</i> (Forma Loss Occurrence).
Sinistro in serie	Più richieste di risarcimento presentate all' <i>assicurato</i> o all' <i>assicuratore</i> o alla <i>struttura</i> 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, rappresentano nella formula <i>claims made</i> altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso);
Sistema informatico	Qualsiasi computer, hardware, software, sistema di comunicazione, dispositivo elettronico anche indossabile (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, smartphone, laptop, tablet, dispositivi per l'archiviazione <i>dati</i>), dispositivi di duplicazione e conservazione di informazioni elettroniche, server, cloud o microcontrollore, dispositivi di connessione di rete o loro componenti, nonché relativi dispositivi di input, output e back-up. Deve considerarsi <i>sistema informatico</i> anche qualsiasi dispositivo che possa operare mediante connessione internet o reti interne oppure che risulti connesso mediante dispositivi di archiviazione <i>dati</i> o qualsiasi apparecchiatura di rete.
Subappaltatori	La persona o l'impresa a cui l' <i>Assicurato / Aderente</i> cede direttamente l'esecuzione di lavori o attività previsti dalla <i>polizza</i> o ne autorizza l'esecuzione.



Struttura	La struttura sanitaria o sociosanitaria assistenziale pubblica o privata che eroga prestazioni per la cura dell'individuo e delle collettività con finalità di prevenzione e profilassi, diagnostiche e terapeutiche, riabilitative e palliative, di medicina legale o prestazioni sociosanitarie.
Violazione dei dati	Il furto, la perdita, l'illecita o non autorizzata divulgazione di <i>dati personali</i> .

Norme comuni a tutte le sezioni

Art. 1.1 Decorrenza dell'Assicurazione



L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, qualora il premio o la prima rata di premio sia stata pagata, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato / Aderente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata annuale, se non diversamente pattuito. Il periodo di assicurazione coincide con quello indicato in polizza.

Art. 1.3 Proroga dell'assicurazione, tacito rinnovo, facoltà di recesso e disdetta alla scadenza



L'assicurazione è con tacito rinnovo, pertanto la stessa si rinnova tacitamente alla scadenza per un anno e così a seguire.

Al Contraente, all'Assicurato / Aderente e alla Compagnia è riconosciuta la facoltà di recedere dall'assicurazione con effetto dalla scadenza della stessa.

La facoltà di disdetta può essere esercitata mediante lettera raccomandata A/R o PEC. La comunicazione deve essere inviata alla Compagnia o all'Intermediario almeno 30 giorni prima della scadenza della assicurazione stessa.

Art. 1.4 Pagamento e frazionamento del premio per le singole adesioni

Il premio per le singole adesioni deve essere pagato dall'Assicurato / Aderente presso l'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Il premio di polizza comprende le imposte previste dalla normativa vigente.

Il premio è determinato per periodo di assicurazione di un anno, salvo il caso di polizza di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche in caso di frazionamento in più rate.

Il pagamento del premio avviene:

- all'atto della stipula della polizza;
- successivamente, in base alla periodicità del pagamento indicata in polizza.

Art. 1.5 Assenza regolazione premio e adeguamento automatico del premio per le annualità successive alla prima



La presente polizza NON è soggetta a regolazione del premio.

Il premio indicato nel Certificato di Adesione è stato calcolato sulla base del fatturato dichiarato dall'Assicurato / Aderente per la prima annualità di polizza.

Per le successive annualità, prima del termine del periodo di assicurazione annuo o della minor durata del contratto, la Compagnia può effettuare un'interrogazione telematica delle banche dati, per il tramite di società private specializzate, per verificare eventuali variazioni del fatturato.

Il premio sarà pertanto soggetto ad automatico adeguamento sulla base dell'effettivo ultimo fatturato consuntivo dell'Assicurato / Aderente rilevato come indicato nel precedente paragrafo e comunicato all'Assicurato / Aderente entro i 60gg antecedenti alla scadenza annuale del periodo di assicurazione.

Nel caso in cui l'interrogazione telematica delle banche dati non fornisca il dato relativo al fatturato, oppure qualora il dato non fosse corretto, è onere dell'Assicurato / Aderente comunicare almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale, l'importo dell'ultimo fatturato.

Se l'Assicurato / Aderente non effettua nei termini prescritti la comunicazione del valore aggiornato del parametro in caso di sinistro accaduto nel periodo al quale si riferisce la mancata comunicazione, la Compagnia applica la regola proporzionale: l'indennizzo è calcolato nella proporzione esistente fra il premio pagato ed il premio complessivo che sarebbe stato dovuto a fronte della corretta comunicazione del parametro per l'adeguamento automatico del premio.

Art. 1.6 Recesso in caso di sinistro



La *Compagnia* può recedere dall'assicurazione di cui alle singole adesioni solo in caso di reiterata condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

La relativa comunicazione deve essere effettuata mediante raccomandata A/R o PEC e ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa.

La *Compagnia* rimborsa la parte di premio, relativa al periodo che intercorre da tale data alla scadenza del periodo di assicurazione, al netto degli oneri fiscali, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 1.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio



La *Compagnia* presta la copertura assicurativa in base alle circostanze del rischio dichiarate dall'Assicurato / Aderente al momento della stipula della polizza.

Se la dichiarazione è incompleta o non corretta, la *Compagnia* potrebbe sottovalutare il rischio, che altrimenti avrebbe non assicurato o assicurato a condizioni differenti. Pertanto, **le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato / Aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione**, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.



Esempio di perdita totale dell'indennizzo

L'art. 1892 del Codice Civile prevede che le dichiarazioni inesatte e le reticenze del *Contraente*, relative a circostanze tali che la *Compagnia* non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il *Contraente* ha agito con dolo o colpa grave. E consente alla *Compagnia* di impugnare il contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Inoltre, l'art. 1892 del Codice Civile prevede che se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine di tre mesi concesso per l'impugnazione, la *Compagnia* non è tenuta a pagare la somma dovuta.

Caso operativo

L'Assicurato / Aderente vuole assicurare i danni connessi alla Responsabilità Civile Professionale relativa alla attività di laboratorio di analisi e omette di dichiarare dolosamente che parte della sua attività riguarda attività chirurgica invasiva.

La copertura viene emessa per il periodo dal 31.12.2023 al 31.12.2024.

Il 30.03.2024 la *Compagnia* viene a conoscenza dell'effettiva attività svolta dall'Assicurato / Aderente e decide di impugnare il Contratto, nei termini previsti dal Codice Civile. Nonostante ciò, il 15.04.2024 l'Assicurato / Aderente denuncia un sinistro; la richiesta di risarcimento viene respinta dalla *Compagnia* per effetto della reticenza dolosa dell'Assicurato / Aderente.



Esempio di perdita parziale dell'indennizzo

L'art. 1893 del Codice Civile prevede che se il *Contraente* ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma la *Compagnia* può recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Inoltre, l'art. 1893 del Codice Civile prevede che se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla *Compagnia*, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Caso operativo

L'Assicurato / Aderente vuole assicurare i danni connessi alla Responsabilità Civile Professionale relativa alla attività di laboratorio di analisi.

L'Assicurato / Aderente omette di dichiarare di effettuare saltuariamente attività di analisi relativa a indagini di anatomia patologica.

La copertura viene emessa per il periodo dal 31.12.2023 al 31.12.2024 applicando un premio di € 3.000.

Il 30.03.2024 l'Assicurato / Aderente denuncia un sinistro domandando il risarcimento dei danni connessi ad un errore professionale connesso ad analisi di anatomia patologica.

La Compagnia scopre così l'inesattezza della dichiarazione e, per effetto della reticenza, eroga un *indennizzo* proporzionalmente ridotto in quanto - se avesse conosciuto il vero stato delle cose - avrebbe domandato un *premio* maggiore.

Art. 1.8 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Compagnia è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato / Aderente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.9 Aggravamento del rischio



Il Contraente o l'Assicurato / Aderente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia dei mutamenti che aggravano il rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* nonché la cessazione dell'*assicurazione* ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.



Esempio di aggravamento del rischio

L'Assicurato / Aderente, assicurato per i danni relativi alla propria attività, nel corso del contratto perde una delle certificazioni di qualità che aveva dichiarato di possedere al momento della stipula della polizza.

Ciò implica una variazione nella modalità di esecuzione dell'attività che potrebbe comportare un aumento della probabilità che si verifichi un evento dannoso.

La Compagnia deve essere informata di questo mutamento affinché possa definire correttamente le condizioni di garanzia e il *premio*.

Art. 1.10 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'*assicurazione* devono essere provate per iscritto.

Art. 1.11 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato / Aderente e la Compagnia sono tenuti **devono essere fatte con lettera raccomandata A/R o mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) diretta all'Agenzia o all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia.**

Art. 1.12 Altre assicurazioni



L'Assicurato / Aderente è tenuto a dichiarare alla Compagnia l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di polizze riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone i *massimali assicurati*.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto dell'*indennizzo*.

Qualora esistano altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio, la presente assicurazione opera a "secondo rischio", cioè in eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalle altre polizze.

Art. 1.13 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico dell'Assicurato / Aderente, secondo le norme di legge.

Art. 1.14 Foro competente



In caso di controversie nascenti dal contratto, il Foro competente è a scelta della parte attrice tra i seguenti:

- a) foro del luogo dove ha sede legale l'Assicurato / Aderente;
- b) foro del luogo dove ha sede l'Intermediario cui è assegnata la polizza;

c) foro del luogo dove ha sede legale la Compagnia.

Art. 1.15 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non regolato dalle condizioni di *assicurazione*, la *polizza* è disciplinata dalla vigente legge italiana.

Art. 1.16 Inoperatività dell'assicurazione a seguito di sanzioni



La *Compagnia* non è tenuta a prestare alcuna copertura, a risarcire sinistri o a fornire qualsiasi altro tipo di prestazione in base alla presente *assicurazione*, qualora tale copertura, risarcimento o prestazione possa esporre la *Compagnia* a sanzioni oppure alla violazione di divieti e misure restrittive derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da disposizioni dettate da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, USA, Canada o Regno Unito.

Art. 1.17 Cessione



La presente *assicurazione* non può essere ceduta in tutto o in parte se non con il consenso della *Compagnia* mediante apposito allegato alla presente *assicurazione*.

Art. 1.18 Clausola Broker

L'Assicurato / Aderente dichiara di aver affidato la gestione della presente *assicurazione* all'Intermediario indicato in *polizza* (di seguito l'Intermediario). Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente *assicurazione* sono svolti per conto dell'Assicurato / Aderente dall'Intermediario stesso il quale tratterà con MedInsure, che è stata autorizzata dalla *Compagnia* a ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al contratto di *assicurazione*.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dall'Assicurato / Aderente, le comunicazioni fatte a MedInsure dall'Intermediario, in nome e per conto dell'Assicurato / Aderente, si intendono come fatte dall'Assicurato / Aderente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dall'Intermediario e quelle fatte direttamente dall'Assicurato / Aderente alla *Compagnia*, prevalgono queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della *Compagnia* da parte dell'Intermediario, le comunicazioni eventualmente fatte dall'Assicurato / Aderente all'Intermediario stesso possono intendersi come fatte alla *Compagnia* soltanto se tempestivamente trasmesse a MedInsure, e alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine oppure un aggravamento del rischio devono essere fatte alla *Compagnia* per il tramite di MedInsure, e hanno efficacia dal momento della ricezione da parte di MedInsure. Il pagamento del premio realizzato in buona fede all'Intermediario o ai suoi collaboratori o a MedInsure si considera effettuato direttamente alla *Compagnia*, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Sono fatte salve le azioni di rivalsa da parte della *Compagnia* nei confronti dell'Intermediario nel caso di omesso versamento del premio da parte dell'Intermediario sul conto separato.

L'Intermediario è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire all'Assicurato / Aderente, ai sensi degli artt. 120 e 121 del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Ivass n. 5/2006.

Qualora l'Assicurato / Aderente revochi l'incarico all'Intermediario senza affidarne un altro a un altro Intermediario oppure qualora l'Assicurato / Aderente rilasci a un altro Intermediario un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dall'Assicurato / Aderente, l'incarico all'Intermediario cessato o sostituito si considera automaticamente privo di effetto nei confronti della *Compagnia*. La *Compagnia* stessa è in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra l'Assicurato / Aderente e l'/gli Intermediario/i o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Art. 1.19 Diritto di ripensamento (solo per polizze collocate tramite vendita a distanza)

L'Assicurato / Aderente può recedere dall'*assicurazione* entro 14 giorni dalla stipula dell'*assicurazione*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il recesso può essere esercitato mediante comunicazione scritta contenente gli elementi identificativi della *polizza* con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC).

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *Compagnia* rimborsa all'Assicurato / Aderente il premio versato diminuito:

- della parte di premio utilizzata per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;

- degli oneri fiscali e previsti (eventualmente) dalla legge.

L'Assicurato / Aderente **NON può recedere se è stato denunciato un sinistro prima dell'esercizio del diritto di ripensamento.**

Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, l'*Intermediario* e la *Compagnia* hanno il diritto di recuperare il *premio* restituito all'*Assicurato / Aderente*.

Copertura Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

Cosa è assicurato

Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia tiene indenne l'Assicurato / Aderente, **nel limite del massimale indicato in polizza**, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi della legge applicabile, a titolo di *risarcimento* (capitale, interessi e spese) per *danni* involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione, deterioramento e *danneggiamento di cose*;

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in occasione dello svolgimento dell'*attività assicurata*.

L'assicurazione vale anche per la Responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato / Aderente da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

Condizioni sempre operanti

L'assicurazione opera **con l'applicazione delle franchigie e dei sottolimiti indicati in polizza e sempre entro il massimale indicato in polizza**, anche per le seguenti condizioni.

Art. 2.2 Attività complementari e accessorie

La garanzia è estesa ai rischi derivanti:

1. dalla proprietà, conduzione di terreni, di fabbricati, di laboratori e simili nei quali si svolge *l'attività assicurata* e dei relativi impianti e spazi adiacenti di pertinenza; sono comprese piante e coltivazioni. La garanzia è operante anche per la Responsabilità civile degli utilizzatori di appartamenti purché dipendenti o collaboratori del *Contraente* o dell'Assicurato / Aderente;
2. da manutenzione ordinaria e straordinaria, sopraelevazioni e demolizioni dei locali nei quali si svolge *l'attività assicurata*, effettuate in economia; i fabbricati possono anche essere adibiti ad uso civile abitazione, foresteria o rurale;
3. da manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti e macchinari in genere, anche in qualità di *committente* dei lavori, di trasformazione, costruzione, demolizione e ampliamento (anche ai sensi del D. Lgs n. 81/2008 e successive modifiche);
4. dall'organizzazione di attività dopolavoristiche e ricreative, convegni, congressi e gite aziendali, **esclusi i rischi di Responsabilità civile per i quali è obbligatoria l'assicurazione ai sensi delle norme di legge vigenti**;
5. dalla partecipazione ad esposizioni, fiere, mostre, manifestazioni, convegni e congressi, compreso il rischio derivante dall'allestimento e dallo smontaggio degli stand, palchi e altro, eseguiti anche da terzi, con rinuncia all'azione di rivalsa verso gli enti organizzatori;
6. da asili e scuole private ad esclusivo uso aziendale, colonie estive e simili, anche se date in gestione o cogestione a terzi; si precisa che sono considerati terzi anche i dipendenti di tali enti;
7. dai servizi sanitari aziendali, prestati in ambulatorio, infermerie e posti di pronto soccorso all'interno dell'azienda, compresa la Responsabilità civile personale delle persone addette al servizio e dei medici, ma **esclusa ogni Responsabilità civile professionale di questi ultimi**;
8. dalla proprietà e dalla manutenzione di insegne, cartelli pubblicitari e striscioni, con l'intesa che, qualora la manutenzione sia affidata a terzi, la garanzia opera a favore dell'Assicurato / Aderente nella sua qualità di *committente*;
9. per installazione, manutenzione, posa in opera e riparazione, prove e dimostrazioni presso terzi di apparecchiature, macchinari e prodotti in genere;
10. dall'esercizio di mense, bar, distributori automatici, inclusa la preparazione/somministrazione di cibi o bevande anche alcoliche, spacci aziendali, anche non direttamente gestiti dall'Assicurato / Aderente;
11. da esistenza di servizi di sorveglianza, anche armata, compreso l'utilizzo di cani e inclusi i servizi di scorta alle persone;
12. dalla circolazione di mezzi non soggetti all'obbligo di assicurazione di cui agli artt. 122 e ss. D. Lgs n. 209/2005 e successive modifiche o integrazioni, **escluso qualsiasi danno avvenuto su aree pubbliche o ad esse equiparate**;
13. dalla proprietà di distributori di carburanti;
14. dalla caduta di neve da fabbricati e piante di proprietà;
15. da non corretto stivaggio di mezzi di trasporto e contenitori, esclusi comunque i *danni* ai mezzi di trasporto e ai contenitori. Si precisa che, **in caso di coesistenza di polizza trasporti, la presente estensione ha effetto solo per la parte eccedente le coperture della medesima. La presente estensione non si applica nel caso in cui l'attività assicurata si riferisca allo svolgimento, in modo professionale, di attività di logistica.**

Art. 2.3 Responsabilità civile personale dei prestatori di lavoro

L'assicurazione comprende la Responsabilità civile personale di ciascun *prestatore di lavoro*, amministratore, titolare, familiare coadiuvante, associato in partecipazione, socio dell'Assicurato / Aderente, per danni conseguenti a fatti colposi verificatisi nello svolgimento delle proprie mansioni cagionati:

- alle persone considerate terzi (escluso l'Assicurato / Aderente e il Contraente) in base alle condizioni di assicurazione;
- agli altri *prestatori di lavoro*, amministratori, titolari, familiari coadiuvanti, associati in partecipazione, soci dell'Assicurato / Aderente, **limitatamente a morte o lesioni personali gravi o gravissime così come definite dall'art. 583 del Codice Penale, da questi subite in occasione di lavoro o di servizio.**

Art. 2.4 Responsabilità civile degli addetti al servizio di tutela della salute e sicurezza

L'assicurazione comprende la Responsabilità civile personale del responsabile o dell'addetto interno del servizio di prevenzione e protezione dell'azienda o dell'unità produttiva di cui al D. Lgs. 81/2008.



L'assicurazione opera a condizione che tali mansioni siano svolte dall'Assicurato / Aderente, dai suoi amministratori o prestatori di lavoro, purché in possesso dei requisiti previsti per lo svolgimento dei compiti loro assegnati; pertanto, non opera se tale attività viene demandata ad esterni.

Qualora il sinistro sia conseguenza diretta di una mancata applicazione di quanto richiesto dalle norme in vigore, la franchigia per persona infortunata prevista in polizza si intende raddoppiata.

Art. 2.5 Danni a cose di proprietà dei prestatori di lavoro

L'assicurazione comprende i danni cagionati alle cose di proprietà dei *prestatori di lavoro* dell'Assicurato / Aderente, che si trovano nelle ubicazioni nelle quali si svolge l'attività assicurata.

Sono esclusi i danni:

- a. a veicoli a motore, imbarcazioni, preziosi e denaro;
- b. da furto o da incendio.

Art. 2.6 Parcheggio di competenza dell'Assicurato / Aderente

In riferimento al punto 1. dell'art. "Attività complementari e accessorie" della presente Copertura RCT, si precisa che l'assicurazione opera per la Responsabilità civile derivante dalla proprietà e dalla gestione di un'area - di pertinenza dei fabbricati ove si svolge l'attività assicurata - adibita a parcheggio dei veicoli dei *prestatori di lavoro*, visitatori o fornitori.

Sono esclusi i danni:

- a) da furto;
- b) da rapina;
- c) da atti vandalici;
- d) da incendio dei veicoli;
- e) alle cose in essi contenuti.

Art. 2.7 Danni a cose in consegna e custodia ai sensi degli articoli 1783 e 1785 bis del Codice civile

A parziale deroga della lettera a) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura RCT, l'assicurazione copre i danni cagionati alle cose di terzi in consegna o custodia portate dagli ospiti nella Struttura e di cui l'Assicurato / Aderente debba rispondere sensi degli articoli 1783 e 1785 bis del Codice civile.

Art. 2.8 Danni a mezzi sotto carico o scarico

L'assicurazione comprende i danni a mezzi di trasporto sotto carico o scarico oppure in sosta nell'ambito di esecuzione di dette operazioni, con esclusione dei danni:

- a) ad aeromobili, navi e imbarcazioni in genere;
- b) alle cose trasportate sui mezzi stessi;
- c) da furto, incendio e mancato uso dei mezzi stessi.

Art. 2.9 Danni da inquinamento accidentale

A parziale deroga della lettera q) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura RCT, l'assicurazione è estesa alla Responsabilità civile derivante all'Assicurato / Aderente per danni involontariamente cagionati a terzi da inquinamento dell'ambiente, in conseguenza di contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, provocati da sostanze di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, depositate o comunque fuoriuscite dagli stabilimenti dell'Assicurato / Aderente, a seguito di fatto improvviso, imprevedibile e dovuto a cause accidentali nell'esercizio dell'attività assicurata.

Per "stabilimento" si intende ogni installazione o complesso di installazioni volte in modo continuo o discontinuo, ad effettuare estrazione o produzione o trasformazione o utilizzazione o deposito di sostanze di qualunque natura.

La presente garanzia è operante **a condizione che si verifichino congiuntamente le seguenti due condizioni:**

- **l'emissione, la dispersione, il deposito o la fuoriuscita delle sostanze inquinanti dagli stabilimenti dell'Assicurato / Aderente così come i conseguenti danni devono essere fisicamente evidenti all'Assicurato / Aderente o a terzi entro 72 ore dal momento in cui l'emissione, la dispersione, il deposito o la fuoriuscita di sostanze inquinanti ha avuto inizio;**
- **fermo quanto previsto all'art. "Obblighi del Contraente o dell'Assicurato / Aderente in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri, ogni sinistro relativo alla presente garanzia deve essere comunicato alla Compagnia entro 10 giorni da quando il Contraente o l'Assicurato / Aderente ne ha avuto conoscenza e comunque entro 30 giorni dalla data di cessazione della polizza.**

L'assicurazione non comprende i danni:



- a) **di cui l'Assicurato / Aderente debba rispondere a titolo di danno ambientale ai sensi del D. Lsg. 152/2006 (cd. Testo Unico dell'Ambiente);**
- b) **derivanti da alterazioni di carattere genetico;**
- c) **provocati da attività svolte all'esterno dello stabilimento dove viene prestata l'attività assicurata, salvo per quelle attività che per loro natura vengono svolte esclusivamente presso terzi;**
- d) **cagionati a cose di terzi che l'Assicurato / Aderente abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;**
- e) **conseguenti:**
 - e.1) **alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte dei rappresentanti legali dell'impresa;**
 - e.2) **alla intenzionale mancata prevenzione del danno per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere l'inquinamento da parte dei rappresentanti legali dell'impresa.**

La sopra esposta esclusione e) cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui vengono intraprese azioni finalizzate a diminuire il danno e le conseguenze del sinistro, anche se non venga raggiunto lo scopo di tali azioni (salvo che le stesse siano state fatte inconsideratamente ai sensi dell'art. 1914 del Codice Civile).

Art. 2.10 Danni da sospensione o interruzione di esercizio

A parziale deroga della lettera v) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura RCT, l'assicurazione opera per i danni derivanti da interruzione o sospensione, totale o parziale, di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, **purché conseguenti ad un sinistro indennizzabile a termini della presente Copertura RCT.**

Art. 2.11 Danni da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato / Aderente

A parziale deroga della lettera i) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura RCT, l'assicurazione è operante, **tranne che per i lavori presso terzi**, per i danni causati alle cose altrui da incendio delle cose dell'Assicurato / Aderente.

Si conviene che:

- **i danni da incendio dovuti ad una stessa causa iniziale che si comunichino per propagazione saranno considerati un unico sinistro;**
- **qualora l'Assicurato / Aderente sia già coperto da polizza incendio con garanzia "Ricorso terzi" o "Rischio locativo", l'assicurazione opera in "secondo rischio", cioè in eccedenza a tale copertura.**

Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura

Art. 2.12 Soggetti non considerati terzi

Ai fini dell'assicurazione di Responsabilità civile **non sono considerati terzi:**



- a) **quando l'Assicurato / Aderente sia una persona fisica, il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato / Aderente, nonché i componenti del suo nucleo familiare risultanti dal certificato anagrafico di "stato di famiglia";**
- b) **quando l'Assicurato / Aderente non sia una persona fisica, il legale rappresentante, i soci a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera precedente;**
- c) **i prestatori di lavoro dell'Assicurato / Aderente, che subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio;**
- d) **le persone che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato / Aderente, subiscano il danno in occasione della loro partecipazione manuale all'attività assicurata.** Sono tuttavia considerati terzi, limitatamente agli infortuni che abbiano come conseguenza morte e lesioni personali gravi o gravissime, così come definite dall'art. 583 del Codice Penale, i titolari di ditte terze e le persone di cui questi ultimi debbano rispondere, i prestatori di opera e servizi (art. 2222 del Codice Civile) che subiscano il danno mentre prendono parte manuale all'attività assicurata.

Art. 2.13

Rischi esclusi dall'assicurazione



L'assicurazione RCT non comprende i danni:

- a) **alle cose che l'Assicurato / Aderente abbia in consegna o custodia a qualsiasi titolo o destinazione;**
- b) **alle cose che si trovano nell'ambito di esecuzione dei lavori;**
- c) **derivanti dalla proprietà, possesso e uso di natanti, di aeromobili e di veicoli spaziali;**
- d) **cagionati o subiti da cose, opere e installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori;**
- e) **cagionati da prodotti o cose in genere dopo la consegna a terzi o la loro messa in circolazione;**
- f) **da furto;**
- g) **alle opere in costruzione, alle cose sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori, inclusi navi, natanti, aeromobili o veicoli spaziali, e i pregiudizi economici relativi al loro mancato uso;**
- h) **alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;**
- i) **a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato / Aderente o da lui detenute;**
- j) **da proprietà e conduzione di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;**
- k) **a cose di cui l'Assicurato / Aderente debba rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile (cose portate o consegnate in alberghi, pensioni e analoghe attività);**
- l) **derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, nonché quelli derivanti da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;**
- m) **da circolazione di veicoli a motore, su strade di uso pubblico o su aree private ad esse equiparate;**
- n) **da uso di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;**
- o) **a condutture e impianti sotterranei e subacquei in genere;**
- p) **a cose dovute ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;**
- q) **conseguenti a inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;**
- r) **derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato / Aderente e non direttamente derivatigli dalla legge;**
- s) **derivanti dalla proprietà (anche in partecipazione) o conduzione di piattaforme e impianti di trivellazione ubicati in mare (off-shore rigs and platforms);**
- t) **da detenzione o impiego di esplosivi;**
- u) **verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici), nonché da produzione, detenzione o uso di sostanze radioattive;**
- v) **derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;**
- w) **conseguenti, direttamente o indirettamente:**
 - w.1) **da silice, amianto e relative fibre o polveri;**
 - w.2) **dall'esposizione al "fumo passivo";**
 - w.3) **dalla generazione di campi elettrici, magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);**
 - w.4) **da organismi geneticamente modificati (O.G.M.) limitatamente per quanto riconducibile alla modificazione della struttura genetica;**
- x) **derivanti da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra (ciò anche in coerenza con quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile).**

L'assicurazione RCT non comprende inoltre:

- y) **gli importi che l'Assicurato / Aderente o il Contraente sia tenuto a pagare a titolo di multe, ammende o a carattere sanzionatorio e comunque non risarcitorio (a titolo esemplificativo: danni punitivi o esemplari).**

- z) qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che la abbia determinata. La presente esclusione non si applica per le perdite derivanti da un atto cyber o da un incidente cyber che comporti lesioni fisiche a terzi o danni materiali a cose di terzi;
- aa) qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato.

Art. 2.14 Scoperto o franchigia



L'assicurazione opera con l'applicazione dello scoperto o della franchigia per ogni sinistro, indicato in polizza, anche in deroga a importi minori previsti dalle singole condizioni sempre operanti.

Qualora tali condizioni prevedano franchigie o minimi scoperti di importo superiore si intenderanno operanti questi ultimi.



Esempio di applicazione dello scoperto

Lo scoperto è l'importo che viene calcolato in percentuale sull'ammontare del danno e che rimane a carico dell'Assicurato / Aderente.

Esempio

La presenza di uno scoperto del 10% implica che il 10% del danno resterà a carico dell'Assicurato / Aderente: pertanto, se il danno è pari ad € 10.000, lo scoperto risulterà pari ad € 1.000 ed il risarcimento sarà pari ad € 9.000.

Lo scoperto può talvolta essere calcolato con applicazioni di valori di "minimo" e "massimo": questo significa che l'importo dello scoperto non potrà mai essere inferiore e, rispettivamente, superiore a tali valori di minimo e massimo.

Esempio di applicazione di "minimo" ad uno scoperto

La presenza di uno scoperto del 10% con applicazione di un minimo di € 1.500 farebbe sì che - sempre in caso di

danno pari ad € 10.000 - si abbia la liquidazione di un risarcimento di € 8.500 in quanto lo scoperto (€ 1.000) risulterebbe inferiore al minimo (€ 1.500) e verrebbe quindi innalzato fino a tale soglia di valore.

Esempio di applicazione di "massimo" ad uno scoperto

La presenza di uno scoperto del 10% con applicazione di un massimo di € 1.500 farebbe sì che - in caso di danno pari ad € 20.000 - si abbia la liquidazione di € 18.500 in quanto lo scoperto (€ 2.000) risulterebbe superiore al massimo (€ 1.500) e verrebbe quindi ridotto fino a tale soglia di valore.



Esempio di applicazione della franchigia

La franchigia è una somma - espressa in cifra fissa - del danno che, in caso di sinistro indennizzabile, resta a carico dell'Assicurato / Aderente.

Esempio

La presenza di una franchigia di € 2.000 implica che tale somma resterà sempre a carico dell'Assicurato / Aderente: pertanto se il danno è pari ad € 13.000 il risarcimento sarà pari ad € 11.000.

Se il danno è inferiore alla franchigia, non verrà erogato alcun risarcimento.

Come è prestata l'assicurazione

Art. 2.15 Massimale - Corresponsabilità di più Assicurati / Aderenti



L'assicurazione è prestata sino a concorrenza del massimale indicato in polizza per sinistro e anno assicurativo.

I limiti di risarcimento previsti dalle condizioni sempre operanti e dalle garanzie aggiuntive non s'intendono in aggiunta al massimale, ma sono una parte dello stesso.

Il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, resta per ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati / Aderenti fra di loro.

Art. 2.16 Validità temporale



L'assicurazione R.C.T. vale per i sinistri accaduti durante il periodo di validità dell'assicurazione, purché denunciati entro 12 mesi dalla cessazione del contratto.

Art. 2.17 Estensione territoriale

L'assicurazione della Responsabilità civile verso Terzi vale per i sinistri avvenuti nei territori dell'Unione Europea.

Copertura Responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.)

Cosa è assicurato

Art. 3.1 Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia tiene indenne l'Assicurato / Aderente, **nel limite del massimale indicato in polizza**, di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

- ai sensi delle disposizioni di Legge disciplinanti l'azione di rivalsa esperita dall'INAIL per gli *infortuni* subiti dai *prestatori di lavoro* e dai soci a responsabilità limitata nonché gli associati in partecipazione. La garanzia si estende anche a soci a responsabilità illimitata e ai familiari coadiuvanti;
- ai sensi del Codice Civile, a titolo di *risarcimento di danni* non rientranti nei casi di cui alla precedente lettera a) (oppure eccedenti gli stessi danni pur ove compresi in tali casi) e cagionati ai *prestatori di lavoro*, ai soci a responsabilità limitata e agli associati in partecipazione, per *infortuni* da cui sia derivata morte o invalidità permanente;
- per gli *infortuni* subiti dai *prestatori di lavoro*, dai soci a responsabilità limitata e dagli associati in partecipazione non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1126 e successive modifiche e integrazioni, che subiscano *danni* in occasione di lavoro o di servizio.

La garanzia non comprende le malattie professionali.

L'Assicurazione è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato / Aderente sia in regola con gli obblighi assicurativi di legge.

Tuttavia, l'assicurazione rimane valida qualora l'irregolarità derivi da comprovata ed involontaria errata interpretazione delle norme vigenti in materia, **non dovute a dolo o colpa grave dell'Assicurato / Aderente o delle persone delle quali deve rispondere.**

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa intraprese dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della Legge n. 222/1984 e successive modifiche.

Condizioni sempre operanti

L'assicurazione opera **con l'applicazione delle franchigie e dei sottolimiti indicati in polizza e sempre entro il massimale indicato in polizza**, anche per le seguenti condizioni.

Art. 3.2 Malattie professionali

A parziale deroga della lettera a) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente Copertura RCO, l'assicurazione è estesa al rischio delle malattie professionali, indicate nelle tabelle allegate al D.P.R. n.1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. del 9 giugno 1975 n.482 e successive modifiche, integrazioni, interpretazioni, in vigore al momento del *sinistro*, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali da consolidati orientamenti della Giurisprudenza di legittimità della Corte di Cassazione.

L'assicurazione opera a condizione che le malattie si manifestino in data posteriore a quella di stipula della polizza e siano conseguenza di fatti colposi, commessi dall'Assicurato / Aderente o da persone delle quali deve rispondere, e commessi per la prima volta durante il periodo di assicurazione.

Qualora la presente polizza sia emessa in sostituzione di altra polizza sottoscritta con la Compagnia, senza soluzione di continuità, per il medesimo rischio e con la stessa garanzia, **la data di effetto della polizza sostituita è considerata la data di effetto anche della presente garanzia.**



La garanzia non opera:

- a) per quei prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale, precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- b) per i prestatori di lavoro per i quali l'obbligo di corrispondere il premio all'INAIL ricade su soggetti diversi dall'Assicurato / Aderente;
- c) per le malattie professionali conseguenti:
 - c.1) alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte dell'Assicurato / Aderente;
 - c.2) alla intenzionale mancata prevenzione dal danno, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere i fattori patogeni, da parte dell'Assicurato / Aderente.La presente esclusione c) cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui l'Assicurato / Aderente intraprende azioni finalizzate a diminuire il danno e le conseguenze del sinistro, anche se non venga raggiunto lo scopo di tali azioni (salvo che le stesse siano state fatte inconsideratamente ai sensi dell'art. 1914 del Codice Civile);
- d) per malattie derivanti, direttamente e indirettamente, da:
 - d.1) silice, amianto e relative fibre o polveri;
 - d.2) esposizione al "fumo passivo";
 - d.3) generazione di campi elettrici, magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);
 - d.4) virus HIV;
 - d.5) organismi geneticamente modificati (O.G.M.) limitatamente per quanto riconducibile alla modificazione della struttura genetica;
- e) per le malattie riconducibili a pratiche di "mobbing" e "bossing"; azioni riprovevoli o chiaramente ostili dell'Assicurato / Aderente, o delle persone delle quali deve rispondere, manifestati attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti;
- f) per le malattie professionali che si manifestino dopo il numero di mesi indicati in polizza, dalla data di cessazione della garanzia o della data di cessazione del rapporto di lavoro.

In accordo con quanto disposto nella sezione "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", l'Assicurato / Aderente ha l'obbligo di denunciare senza ritardo la manifestazione di una malattia professionale rientrante nella garanzia e di fornire alla Compagnia, con la massima tempestività aggiornamenti sul relativo decorso, trasmettendo alla stessa la documentazione medica relativa al sinistro denunciato.

L'Assicurato / Aderente ha comunque l'obbligo di denunciare il sinistro, nei seguenti casi:

- a seguito di formale richiesta di danni all'Assicurato / Aderente, da parte del lavoratore;
- in caso di pretese di risarcimento / rivalsa da parte dell'INAIL.

L'Assicurato / Aderente prende atto che i termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 del Codice Civile decorrono dalla data del sinistro per come sopra definita.

La Compagnia ha il diritto di accedere all'elenco, ai documenti e ai certificati medici relativi al sinistro al fine di avere contezza dello stato delle malattie in corso.

Il limite di risarcimento indicato in polizza rappresenta la massima esposizione della Compagnia anche per:

- più danni, anche se si sono manifestati in tempi diversi durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale;
- più danni che si sono verificati in uno stesso periodo di assicurazione.

Art. 3.3 Emotrasfusioni, garanzia AIDS, virus C, virus Delta

L'assicurazione comprende, anche in riferimento alle malattie professionali, i danni involontariamente cagionati a terzi da emotrasfusioni (compresi i danni da immunodeficienza acquisita e patologie correlate), nonché i danni direttamente o indirettamente attribuibili:

- all'HIV (virus da immunodeficienza umana) e/o qualunque malattia collegata all'HIV, incluso l'AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e/o fattori derivanti da mutazioni o variazioni di qualunque genere da essi provocati;
- al virus C e al virus Delta.

Questa garanzia è prestata con il limite di risarcimento pari all'importo indicato in polizza.

Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura

Art. 3.4 Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione RCO non copre la Responsabilità civile dell'Assicurato / Aderente:



- a) per le malattie professionali;
- b) per i danni da detenzione o impiego di esplosivi;
- c) per i danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici), nonché da produzione, detenzione o uso di sostanze radioattive;
- d) per i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da organismi geneticamente modificati (O.G.M.) limitatamente per quanto riconducibile alla modificazione della struttura genetica;
- e) per i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da silice, amianto e relative fibre o polveri;
- f) per i danni da generazione di campi elettrici, magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);
- g) dall'esposizione a "fumo passivo";
- h) da azioni riprovevoli o chiaramente ostili dell'Assicurato / Aderente, o delle persone delle quali deve rispondere, manifestate attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti;
- i) da danni derivanti da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari *terrorismo*, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra (ciò anche in coerenza con quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile).

L'assicurazione RCO non comprende inoltre:

- j) gli importi che l'Assicurato / Aderente o il Contraente sia tenuto a pagare a titolo di multe, ammende o a carattere sanzionatorio e comunque non risarcitorio (a titolo esemplificativo: danni punitivi o esemplari);
- k) qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che la abbia determinata. La presente esclusione non si applica per le perdite derivanti da un atto cyber o da un incidente cyber che comporti lesioni fisiche a terzi o danni materiali a cose di terzi;
- l) qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato.

Art. 3.5 Scoperto o franchigia

L'assicurazione opera con l'applicazione dello scoperto o della franchigia, indicato in polizza, per ciascuna persona infortunata.



Esempio di applicazione dello scoperto e della franchigia

Si rinvia a quanto specificato nei box esplicativi inseriti all'art. "Scoperto o franchigia" della Copertura RCT per maggiori indicazioni circa natura ed effetti sull'assicurazione di scoperti e franchigie.

Come è prestata l'assicurazione

Art. 3.6 Massimale - Corresponsabilità di più Assicurati / Aderenti

L'assicurazione è prestata sino a concorrenza del massimale indicato in polizza per sinistro e anno assicurativo.

I limiti di risarcimento previsti dalle condizioni sempre operanti e dalle garanzie aggiuntive non s'intendono in aggiunta al massimale, ma sono una parte dello stesso.

Il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, resta per ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati/ Aderenti fra di loro.

Art. 3.7 Validità temporale



L'assicurazione R.C.O. vale per i *sinistri* accaduti durante il periodo di validità dell'assicurazione, **purché denunciati entro 12 mesi dalla cessazione del contratto.**

Art. 3.8 Estensione territoriale

L'assicurazione della Responsabilità Civile verso *prestatori di lavoro* vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero esclusi i danni verificatisi e le vertenze giudiziarie instaurate negli Stati Uniti d'America, in Canada e nei territori sotto la loro giurisdizione.

Copertura Responsabilità civile Professionale

Cosa è assicurato

Art. 4.1 Oggetto dell'assicurazione Responsabilità civile professionale

La *Compagnia* si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato / Aderente* di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di *risarcimento* (capitale, interessi e spese) di *danni* involontariamente cagionati a terzi per:

- morte
- lesioni personali

in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione allo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione (come indicato in *polizza*). L'assicurazione vale anche per la responsabilità che possa derivare all'*Assicurato / Aderente* da fatto colposo e/o doloso di persone delle quali o con le quali debba rispondere, anche ai sensi dell'articolo 7, della Legge 24/2017, che a qualunque titolo si trovano a operare presso le *Strutture* dell'*Assicurato / Aderente*.

Le spese legali sostenute per resistere alla *richiesta di risarcimento* da parte del danneggiato contro l'*Assicurato / Aderente* sono a carico della *Compagnia* nei limiti del quarto del *massimale* indicato in *polizza* per la presente copertura RCP. Tuttavia, nel caso in cui sia dovuta al danneggiato una somma superiore al *massimale*, le spese giudiziali si ripartiscono tra *Compagnia* e *Assicurato / Aderente* in proporzione del rispettivo interesse con le modalità riportate all'art. "Gestione delle vertenze e spese di difesa".

Condizioni sempre operanti

L'assicurazione opera **con l'applicazione delle franchigie e degli eventuali sottolimiti indicati in polizza e sempre entro il massimale indicato in polizza**, anche per le seguenti condizioni.

Art. 4.2 Direttore sanitario

A parziale deroga della lettera x) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente sezione RC Professionale, l'assicurazione è estesa alla responsabilità personale del Direttore Sanitario della *Struttura* in conseguenza di perdite patrimoniali cagionate a terzi derivanti da atti, omissioni, ritardi o negligenze commessi nell'esercizio delle proprie funzioni.

Sono inoltre comprese:

- Le *perdite patrimoniali* conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di documenti o titoli non al portatore, escluso l'incendio, il furto o rapina;
- Le *perdite patrimoniali* che l'*Assicurato / Aderente* sia tenuto a risarcire per multe e ammende, sanzioni amministrative e pecuniarie inflitte a terzi a seguito di proprio errore o omissione.

Tale garanzia è sempre prestata in caso di comprovata responsabilità imputabile al Direttore Sanitario, anche qualora la *richiesta di risarcimento* fosse rivolta all'*Assicurato / Aderente*.

Art. 4.3 Emotrasfusioni, garanzia AIDS, virus C, virus Delta

L'assicurazione comprende i danni involontariamente cagionati a terzi da emotrasfusioni (compresi i danni da immunodeficienza acquisita e patologie correlate), nonché i danni direttamente o indirettamente attribuibili:

- all'HIV (virus da immunodeficienza umana) e/o qualunque malattia collegata all'HIV, incluso l'AIDS (sindrome da

- immunodeficienza acquisita) e/o fattori derivanti da mutazioni o variazioni di qualunque genere da essi provocati;
- al virus C e al virus Delta.

Questa garanzia è prestata con il limite pari all'importo indicato in polizza.

Art. 4.4 Fonti Radioattive

A parziale deroga di quanto indicato alla lettera y) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente garanzia RC Professionale si conviene quanto segue:

- la Compagnia risponde delle somme che l'Assicurato / Aderente sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile a sensi di legge, a titolo di *risarcimento* (capitale, interessi e spese), per danni involontariamente cagionati a terzi per morte e per lesioni personali, per effetto dell'uso, nell'ambito di Strutture sanitarie, di materiale radioattivo. E' esclusa ogni responsabilità connessa con la detenzione del materiale radioattivo stesso.
- L'assicurazione è efficace a condizione che l'attività dell'Assicurato / Aderente sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia, nonché delle prescrizioni della competente autorità.

L'Assicurato / Aderente si impegna altresì ad uniformarsi alle norme ed alle prescrizioni successivamente emanate e a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato.

Art. 4.5 Estensione malattie pandemiche

A parziale deroga della lettera u) dell'art. "Rischi esclusi dall'assicurazione" della presente sezione RC Professionale, sono comprese le richieste di *risarcimento* che siano derivanti direttamente o indirettamente dalla malattia Coronavirus (CoViD-19) e/o da SARS-CoV-2 (e da qualsiasi mutazione o variazione di tale virus) e/o da ogni altra malattia trasmissibile (e dai relativi virus o organismi) che sia stata qualificata quale epidemia o pandemia dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o da altra autorità competente in materia di sanità pubblica.

Art. 4.6 Privacy: responsabilità derivante dal trattamento dei dati personali

L'Assicurazione relativa alla responsabilità civile terzi si intende estesa alle *perdite patrimoniali* cagionate a terzi derivanti dall'errato trattamento dei *dati personali* e in particolare relativi a:

- smarrimento, furto o divulgazione non autorizzata di *dati personali*, siano essi comuni o sensibili, in possesso, custodia o controllo dell'Assicurato / Aderente e per il cui smarrimento, furto o divulgazione non autorizzata lo stesso debba rispondere.
- inadempimento colposo da parte dell'Assicurato / Aderente degli adempimenti previsti dalla *normativa Privacy* relativi alla gestione dei *dati personali* comuni o sensibili
- danno reputazionale

La presente estensione non vale per:

- i danni dovuti al trattamento dei *dati personali* con finalità commerciali
- i danni derivanti da violazione di sistemi informatici (cyber risk)

Cosa non è assicurato e quali sono le altre limitazioni di copertura

Art. 4.7 Persone non considerati terzi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione:



- Il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato / Aderente, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente; quando l'Assicurato / Aderente non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata e l'Amministratore tali persone sono comunque considerate terze, limitatamente ai danni corporali (morte o lesioni), quando subiscono il danno in conseguenza dei loro ricorso a prestazioni erogate dall'Assicurato / Aderente.
- Le Società con le quali rispetto all'Assicurato / Aderente siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate.
- i prestatori di lavoro dell'Assicurato / Aderente, che subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio.

Art. 4.8 Rischi esclusi dalla assicurazione



Relativamente alla presente sezione valgono le esclusioni indicate negli articoli "Rischi esclusi dall'assicurazione" delle sezioni RCT e RCO.

Sono inoltre esclusi dalla copertura i danni:

- conseguenti a richieste di *risarcimento* pervenute all'Assicurato / Aderente antecedentemente alla data di decorrenza e successivamente alla data di scadenza dell'assicurazione indicate in polizza;
- conseguenti a richieste di *risarcimento* relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della retroattività indicata in polizza.

- c. conseguenti a fatti noti all'Assicurato / Aderente prima della data di inizio della polizza, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori.
- d. relativi ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento di attività per le quali l'Assicurato / Aderente o il Personale dipendente o il Personale convenzionato o il Libero professionista sia privo dell'abilitazione o autorizzazione all'esercizio dell'attività o professione previste dalla normativa vigente in materia;
- e. conseguenti a danni cagionati a terzi e derivanti da prestazioni che esulano dalle prestazioni dichiarate in polizza;
- f. causati alle cose di terzi detenute dall'Assicurato / Aderente a qualsiasi titolo ed oggetto, utilizzo e/o strumento per lo svolgimento dell'attività;
- g. relativi 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 / Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- h. derivanti da alluvioni, inondazioni, terremoti e calamità naturali in genere;
- i. derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici, tra cui il c.d. mobbing;
- j. derivanti da consulenza on line o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
- k. derivanti da Sperimentazioni Cliniche di cui al D.M. 14 luglio 2009.
- l. derivanti da responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci, presidi e dispositivi;
- m. imputabili ad assenza del consenso informato;
- n. derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), al D.Lgs. 196 del 2003 e successive modifiche e integrazioni (Codice Privacy);
- o. derivanti da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV – Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia medica;
- p. relativi alla richiesta di rimborso del compenso percepito dall'Assicurato / Aderente per le prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro;
- q. di natura estetica e fisionomica conseguenti ad interventi e terapie di natura estetica;
- r. connessi all'attività didattica o di ricerca svolta nell'ambito delle Strutture dell'Assicurato / Aderente;
- s. verificatisi nell'ambito dei reparti di ricovero e cura gestiti da Enti convenzionati con l'Assicurato / Aderente;
- t. derivanti dall'effettuazione di qualsiasi attività inerente alle analisi ambientali;
- u. derivanti da attività medica ambulatoriale, di consulenza specialistica e da attività a carattere chirurgico (*si intende esclusa l'attività medica ambulatoriale di consulenza specialistica destinata a pazienti che non siano pazienti della Struttura*).
- v. derivanti direttamente o indirettamente dalla malattia Coronavirus (CoViD-19) e/o da SARS-CoV-2 (e da qualsiasi mutazione o variazione di tale virus) e/o da ogni altra malattia trasmissibile (e dai relativi virus o organismi) che sia stata qualificata quale epidemia o pandemia dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o da altra autorità competente in materia di sanità pubblica;
- w. derivanti dall'effettuazione di qualsiasi indagine anatomopatologica;
- x. derivanti dalla pratica di tecniche di fecondazione artificiale o assistita o di clonazione genetica;
- y. derivanti dalla attività di Direttore sanitario;
- z. derivanti da fonti radioattive.

Art. 4.9 Franchigia

L'assicurazione opera con l'applicazione della franchigia per ogni sinistro, indicato in polizza, anche in deroga a importi minori previsti dalle singole condizioni sempre operanti. Qualora tali condizioni prevedano franchigie di importo superiore si intenderanno operanti questi ultimi.

Come è prestata l'assicurazione

Art. 4.10 Presupposto di operatività della copertura

La garanzia opera purché l'Assicurato / Aderente disponga delle autorizzazioni previste dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione, avvalendosi di personale sanitario in possesso dei requisiti di legge, ed è inoltre subordinata all'acquisizione di valido consenso informato secondo i protocolli laddove previsti dalle singole attività.

Art. 4.11 Massimale - Corresponsabilità di più Assicurati / Aderenti

L'assicurazione è prestata sino a concorrenza del massimale indicato in polizza per sinistro e anno assicurativo.

I limiti di risarcimento previsti dalle condizioni sempre operanti e dalle garanzie aggiuntive non s'intendono in aggiunta al massimale, ma sono una parte dello stesso.

Il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, resta per ogni effetto unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati / Aderenti fra di loro.

Art. 4.12 Dichiarazioni dell'Assicurato / Aderente

Agli effetti di quanto disposto dagli articoli 1892,1893,1893 e 1894 del Codice Civile, l'Assicurato / Aderente dichiara e la Compagnia prende atto di non essere a conoscenza di situazioni che possano determinare, durante il periodo di validità dell'assicurazione, richieste di risarcimento occasionate da fatti già verificatisi prima della data di effetto della presente polizza.

Art. 4.13 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i sinistri avvenuti nei territori dell'Unione Europea.

È sempre 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. La Compagnia, pertanto, non è obbligata per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, oppure a seguito di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Art. 4.14 Forma dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata nella forma «claims made», ovvero è operante per richieste di risarcimento ricevute dall'Assicurato / Aderente per la prima volta durante il periodo di assicurazione e da lui denunciate alla Compagnia durante lo stesso periodo di assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche prima del periodo di assicurazione, purché accaduti durante il periodo di retroattività riportato in polizza.

Art. 4.15 Pluralità di Assicurati / Aderenti

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di Assicurati / Aderenti, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati / Aderenti fra di loro.

Art. 4.16 Clausola Bonus/Malus

In ottemperanza a quanto previsto dal Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, attuativo della Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ad ogni scadenza annuale e previo preavviso di almeno 60 giorni, con riferimento al verificarsi o meno di sinistri, la Compagnia comunica eventuali variazioni delle condizioni normative o tariffarie che si rendessero necessarie in relazione alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso e del fabbisogno finanziario della Compagnia.

L'Assicurato / Aderente può esprimere il consenso alle nuove condizioni tariffarie e normative esplicitamente, oppure tacitamente provvedendo al pagamento della nuova quietanza di premio.

Art. 4.17 Estensione ultrattività dell'assicurazione per cessazione definitiva dell'Attività

Se durante il periodo di assicurazione l'attività Assicurato, viene a cessare definitivamente, per casi diversi da fallimento o procedure concorsuali, le richieste di risarcimento conseguenti ad errori od omissioni accaduti o commessi durante il periodo di retroattività e il periodo di assicurazione, restano coperte alle condizioni di assicurazione in vigore, fino alla data di scadenza di tale periodo di assicurazione nonché per ulteriori 10 anni.

Il massimale assicurato in tale periodo di assicurazione rappresenta la massima esposizione della Compagnia per l'intero periodo di ultrattività, indipendentemente dal numero di richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato / Aderente.

L'Assicurato / Aderente è obbligato a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia della sopravvenuta cessazione dell'attività Assicurata ed è tenuto a corrispondere il premio dovuto a fronte di tale evenienza come di seguito specificato:

- per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa, 500% del premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete, 400% del premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete, 300% del premio corrisposto per l'ultima annualità;
- per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete, 250% del premio corrisposto per l'ultima annualità.

Il premio relativo alla presente estensione deve essere corrisposto in unica soluzione entro il trentesimo giorno successivo alla data di scadenza del periodo di assicurazione.

La presente estensione di ultrattività non può essere fatta oggetto di alcun recesso da parte della Compagnia

Art. 4.1 Vincolo di solidarietà

In caso di responsabilità solidale dell'*Assicurato / Aderente* con altri soggetti, la *Compagnia* risponde di quanto dovuto dall'*Assicurato / Aderente* anche oltre la quota di responsabilità dell'*Assicurato / Aderente* e quindi per l'intero, **fermo il diritto di regresso della Compagnia nei confronti di altri terzi responsabili.**

Norme che regolano la liquidazione dei sinistri

Norme valide per tutte le sezioni

Art. 5.1 Obblighi dell'Assicurato / Aderente in caso di sinistro



In caso di *sinistro*, il *Contraente* o l'*Assicurato / Aderente* deve:

- a) **comunicare per iscritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia, entro 10 giorni dalla data dell'avvenimento o dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, la data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note, le modalità di accadimento, nonché nome e domicilio delle persone danneggiate e degli eventuali testimoni del sinistro;**
- b) **anticipare i contenuti della comunicazione scritta con una comunicazione e-mail diretta all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia, in caso di lesione grave o gravissima ai sensi dell'art. 583 del Codice Penale;**
- c) **immediatamente informare la Compagnia delle procedure civili o penali promosse contro di lui, fornendo tutti i documenti e le prove utili alla difesa; la Compagnia ha facoltà di assumere la gestione della lite e la difesa dell'Assicurato / Aderente;**
- d) **in caso di assicurazione presso diversi assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi, indicando il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.**

Agli effetti dell'assicurazione di Responsabilità civile verso i *prestatori di lavoro* (R.C.O.), il *Contraente* o l'*Assicurato / Aderente* deve denunciare **soltanto:**

- i *sinistri* per i quali ha luogo l'inchiesta o un'ispezione da parte delle autorità competenti a norma della legge infortuni;
- i *sinistri* mortali o riguardanti lesioni gravi o gravissime ai sensi dell'art. 583 del Codice Penale;
- i *sinistri* per i quali ha ricevuto una richiesta di risarcimento.

Il *Contraente* o l'*Assicurato / Aderente* deve inoltre:

- a) **astenersi da ammettere responsabilità, concordare l'entità del danno o sostenere spese senza il preventivo consenso scritto della Compagnia;**
- b) **astenersi dall'incaricare legali o periti senza la preventiva approvazione della Compagnia;**
- c) **astenersi dal pregiudicare la posizione della Compagnia o i diritti di rivalsa o surrogazione della stessa;**
- d) **mettere a disposizione registri, conti, fatture e qualsiasi documento che possa essere richiesto dalla Compagnia o dai professionisti dalla stessa incaricati.**

L'inadempimento di uno degli obblighi di cui sopra può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Qualora risulti che il *Contraente* o l'*Assicurato / Aderente* abbia agito in connivenza con il danneggiato o ne abbia favorito le pretese, decade dai diritti contrattuali.

Art. 5.2 Esagerazione dolosa del danno – Clausola risolutiva espressa



L'*Assicurato/Aderente* devono astenersi da:

- a) **presentare una richiesta di risarcimento falsa o fraudolenta;**
- b) **rappresentare dolosamente una falsa ed eccessiva quantificazione del danno;**
- c) **dichiarare fatti non rispondenti al vero;**
- d) **presentare documenti falsi;**
- e) **occultare prove;**
- f) **agevolare gli intenti fraudolenti di terzi.**

L'inosservanza di tali obblighi comporta:

- la perdita totale del diritto all'*indennizzo*;
- la risoluzione automatica dell'assicurazione, senza alcuna restituzione del premio.

Rimane fermo il diritto della *Compagnia* alla rivalsa nei confronti dell'*Assicurato/Aderente* per *indennizzi* già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.

Art. 5.3 Gestione delle vertenze e costi di difesa



La *Compagnia* può assumere, a nome dell'Assicurato / Aderente, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze, in sede civile, penale e amministrativa, avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato / Aderente stesso e con facoltà di designare legali, periti, consulenti o tecnici.

La *Compagnia* assume la gestione delle vertenze se e fino a quando ne ha interesse.

Sono a carico della *Compagnia* le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato / Aderente, **entro il limite di un importo pari ad un quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda.**

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto *massimale*, le spese vengono ripartite fra la *Compagnia* e l'Assicurato / Aderente, in proporzione del rispettivo interesse ai sensi di quanto previsto dall'art. 1917 del Codice Civile.

La *Compagnia* non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato / Aderente per legali o tecnici che non siano stati da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

L'Assicurato / Aderente è tenuto a comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le Leggi lo prevedano o la *Compagnia* lo richieda. La *Compagnia* ha il diritto di rivalersi sull'Assicurato / Aderente del pregiudizio derivato dall'inadempimento di tali obblighi.

L'Assicurato / Aderente, dietro preventivo consenso scritto della *Compagnia*, può arrivare ad una definizione bonaria del sinistro mediante una transazione.

La transazione è raccomandata dalla *Compagnia* se l'importo risulta proporzionato e adeguato considerando tutte le circostanze, nonché considerando il possibile esito del procedimento giudiziale o arbitrale, instaurato o instaurando. Qualora l'Assicurato / Aderente rifiuti di acconsentire a una transazione raccomandata dalla *Compagnia* e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali, **l'obbligo risarcitorio della *Compagnia* non può eccedere il limite dell'importo raccomandato, incluse le spese maturate fino alla data del rifiuto.** Qualora all'esito di vertenza giudiziale l'Assicurato / Aderente risultasse vincitore, la *Compagnia* rimborsa all'Assicurato / Aderente le spese legali sostenute da quest'ultimo.

Art. 5.4 Limite massimo di risarcimento

Per ciascun sinistro, la *Compagnia* non è tenuta a pagare una somma maggiore del *massimale* assicurato, salvo i casi previsti dall'art. 1917 del Codice Civile.

Art. 5.5 Pagamento del risarcimento

Verificate l'operatività dell'assicurazione e la responsabilità dell'Assicurato / Aderente, e quantificato il danno risarcibile, la *Compagnia* si impegna a pagare l'importo dovuto entro 30 giorni dal ricevimento degli atti di quietanza firmati.

Art. 5.6 Assicurazione presso diversi assicuratori

Nel caso in cui per il medesimo rischio assicurato in polizza siano stati stipulati più contratti assicurativi presso diversi assicuratori, **il Contraente o l'Assicurato / Aderente è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore il risarcimento dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.**

Contatti utili

Per **informazioni, comunicazioni in merito alla polizza** l'Assicurato / Aderente può contattare:

- L'Intermediario a cui è assegnata la polizza, i cui riferimenti sono nella copertina della polizza stessa;
- REVO Insurance S.p.A.
Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona
Sede operativa: Via Monte Rosa 91, 20149 Milano
Tel. 02 92885700
Fax. 02 92885749
Email: servizio.clienti@revoinsurance.com
PEC: revo@pec.revoinsurance.com
Sito web: www.revoinsurance.com

Per **denunciare un sinistro**, l'Assicurato / Aderente può contattare:

- L'Intermediario a cui è assegnata la polizza, i cui riferimenti sono nella copertina della polizza stessa;
- REVO Insurance S.p.A.
PEC: sinistri.re@pec.revoinsurance.com

Prodotto: Polizza collettiva – convenzione Assimedicri RESIDENZE SANITARIE PER ANZIANI E STRUTTURE SOCIOASSISTENZIALI

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La polizza collettiva convenzione "Assimedicri per residenze sanitarie per anziani e strutture socioassistenziali" è rivolta alle Strutture sanitarie e sociosanitarie assistenziali private (ad esempio: società di persone, di capitale, cooperative, consorzi) con sede legale in Italia che svolgono esclusivamente attività socioassistenziale con degenza notturna, inclusa l'attività socioassistenziale svolta presso terzi in nome e per conto della Struttura, per proteggerle dai rischi di responsabilità civile derivanti dallo svolgimento delle loro attività professionali, di responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori di lavoro.



Che cosa è assicurato?

Puoi scegliere, in base alle tue esigenze assicurative, di tutelarti da uno o più eventi indicati nelle seguenti sezioni.

Copertura assicurativa sempre operante:

✓ **Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.):** puoi tutelarti per danni involontariamente cagionati a terzi avvenuti durante lo svolgimento della tua attività. L'assicurazione vale anche per danni a cose in consegna e custodia, responsabilità civile personale dei prestatori di lavoro, e danni da inquinamento accidentale.

✓ **Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.):** puoi tutelarti per gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro in occasione di lavoro o di servizio.

Responsabilità Civile professionale: puoi tutelare il tuo patrimonio a fronte di richieste di risarcimento di danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte
- lesioni personali

in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione allo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione. La copertura vale anche per responsabilità personale del Direttore sanitario, danni causati da fonti radioattive e malattie pandemiche.

L'assicurazione è prestata entro i massimali e i limiti indicati in polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non è oggetto di copertura la Responsabilità Civile per fatti inerenti attività diverse da quelle indicate in polizza.
- ✗ **Responsabilità Civile verso terzi (R.C.T.):** non sono coperti i danni causati a
 - il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato / Aderente, nonché i componenti del suo nucleo familiare risultanti dal certificato anagrafico di "stato di famiglia";
 - il legale rappresentante, i soci a responsabilità illimitata, l'amministratore;
 - i prestatori di lavoro dell'Assicurato / Aderente, che subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio;
 - qualsiasi persona che subisca il danno in occasione della partecipazione manuale all'attività assicurata.
- ✗ **RC professionale:** non sono coperti i danni causati a:
 - il coniuge, la persona unita civilmente o convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato / Aderente, nonché i componenti del suo nucleo familiare risultanti dal certificato anagrafico di "stato di famiglia";
 - il legale rappresentante, i soci a responsabilità illimitata, l'amministratore;
 - le società le quali rispetto all'Assicurato / Aderente, che non sia una persona fisica, siano qualificati come controllanti, controllate o collegate;
 - i prestatori di lavoro dell'Assicurato / Aderente



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono previsti franchigie, scoperti e limiti di risarcimento come indicato in polizza.
- ! **L'assicurazione R.C.T e RCO.** non comprende i danni derivanti da guerra e terrorismo, responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato / Aderente, i danni derivanti da OGM o generazione di campi elettromagnetici.
- ! **L'assicurazione RC professionale** non comprende le perdite patrimoniali derivanti da consulenza on line e/o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria; da Sperimentazioni Cliniche di cui al D.M. 14 luglio 2009; imputabili ad assenza del consenso informato; derivanti da azioni inottemperanti al Codice Deontologico.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione della Responsabilità Civile professionale vale per i sinistri avvenuti nei territori dell'Unione Europea.
- ✓ L'assicurazione della Responsabilità Civile verso terzi vale per i sinistri avvenuti nei territori dell'Unione Europea.
- ✓ L'assicurazione della Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro vale per i sinistri avvenuti nel mondo intero esclusi i Danni verificatisi e le vertenze giudiziarie instaurate negli Stati Uniti d'America, in Canada e nei territori sotto la loro giurisdizione.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di:

- al momento della stipula dell'assicurazione, fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- comunicare preventivamente se per lo stesso rischio hai già in corso altre polizze assicurative;
- dopo la stipula dell'assicurazione, comunicare alla Compagnia i mutamenti che possono comportare un aggravamento di rischio.

In caso di sinistro, devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere alla valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Se non lo facessi, potrebbe venire meno il diritto al pagamento dell'indennizzo assicurativo.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto e, successivamente, in base alla periodicità del pagamento scelto.

Puoi pagare tramite:

- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario la Compagnia oppure l'Intermediario, espressamente in tale qualità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio o la prima rata di premio, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se non hai pagato il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento

La polizza è con tacito rinnovo



Come posso disdire la polizza?

Nel caso di polizza di durata annuale con tacito rinnovo, puoi esercitare la facoltà di disdetta inviando una lettera raccomandata A/R o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza stessa.

Qualora la polizza sia stata acquistata tramite vendita a distanza, è possibile esercitare il diritto di ripensamento inviando una lettera raccomandata A/R o PEC entro 14 giorni dalla stipula della polizza.

Assicurazione di responsabilità civile per Residenze Sanitarie per Anziani e Strutture Socioassistenziali

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

REVO Insurance S.p.A.

REVO

Polizza collettiva convenzione Assimedici

Data di aggiornamento: 01/07/2024

Il presente DIP Aggiuntivo è l'ultima versione disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

REVO Insurance S.p.A.

Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona

Sede operativa: Via Monte Rosa 91, 20149 Milano - tel. 02 92885700

Sito Internet: www.revoinsurance.com

PEC: revoinsurance@pec.revoinsurance.com

Iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00167 con Provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008

Capogruppo del Gruppo "REVO Insurance" iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059

Bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2023 di REVO Insurance S.p.A.

Il patrimonio netto ammonta a euro 209.170.798, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a euro 6.680.000 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a euro 196.660.499.

La Relazione Unica sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria al 31 dicembre 2023 del Gruppo REVO Insurance (SFCR) di cui all'articolo 216-novies del CAP è disponibile nel sito della Compagnia (www.revoinsurance.com) nella sezione Investor Relations.

Il Requisito patrimoniale di solvibilità di REVO Insurance S.p.A. ammonta a euro 72.422 mila, il Requisito patrimoniale minimo a euro 20.767 mila e i Fondi propri ammissibili alla loro copertura euro 153.470 mila.

Il Valore dell'indice di solvibilità (Solvency ratio) di REVO Insurance è pari a 211,9%, quello del Gruppo REVO Insurance è pari a 212,0%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia offre la copertura assicurativa nei limiti dei massimali concordati con l'Assicurato / Aderente e indicati in polizza.

La polizza prevede le seguenti coperture:

✓ RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

La Compagnia tiene indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi della legge applicabile, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi per:

- morte e lesioni personali;
- distruzione, deterioramento e danneggiamento di cose;

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in occasione dello svolgimento dell'attività assicurata.

L'assicurazione vale anche per la Responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato / Aderente da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

L'assicurazione vale anche per:

- Attività complementari e accessorie
- Responsabilità civile personale dei prestatori di lavoro
- Responsabilità civile degli addetti al servizio di tutela della salute e sicurezza
- Danni a cose di proprietà dei prestatori di lavoro
- Parcheggio di competenza dell'Assicurato / Aderente
- Danni a cose in consegna e custodia ai sensi degli articoli 1783 e 1785 bis del Codice civile.
- Danni da inquinamento accidentale
- Danni da sospensione o interruzione di esercizio
- Danni da incendio di cose di proprietà dell'Assicurato / Aderente

✓ **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)**

La Compagnia tiene indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), quale civilmente responsabile:

- ai sensi delle disposizioni di Legge disciplinanti l'azione di rivalsa esperita dall'INAIL per gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro e dai soci a responsabilità limitata nonché gli associati in partecipazione. La garanzia si estende anche a soci a responsabilità illimitata e ai familiari coadiuvanti;
- ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto (oppure eccedenti gli stessi danni pur ove compresi in tali casi) e cagionati ai prestatori di lavoro, ai soci a responsabilità limitata e agli associati in partecipazione, per infortuni da cui sia derivata morte o invalidità permanente;
- per gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro, dai soci a responsabilità limitata e dagli associati in partecipazione non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1126 e successive modifiche e integrazioni, che subiscano danni in occasione di lavoro o di servizio.

L'assicurazione R.C.O. vale anche per le azioni di rivalsa intraprese dall'INPS.

L'assicurazione vale anche per:

- Malattie professionali
- Emotrasfusioni, garanzia AIDS, virus C, virus Delta

✓ **RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE**

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato / Aderente di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per

- morte
- lesioni personali

in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione allo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione. L'assicurazione vale anche per la responsabilità che possa derivare all'Assicurato / Aderente da fatto colposo e/o doloso di persone delle quali o con le quali debba rispondere, anche ai sensi dell'articolo 7, della Legge 24/2017, che a qualunque titolo si trovano a operare presso le Strutture dell'Assicurato / Aderente.

L'assicurazione vale anche per:

- Direttore sanitario
- Emotrasfusioni, garanzia AIDS, virus C, virus Delta
- Fonti Radioattive
- Estensione malattie pandemiche
- Privacy: responsabilità derivante dal trattamento dei dati personali



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

! RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, l'assicurazione non comprende i danni:

- alle cose che l'Assicurato / Aderente abbia in consegna o custodia a qualsiasi titolo o destinazione;
- alle cose che si trovano nell'ambito di esecuzione dei lavori;
- derivanti dalla proprietà, possesso e uso di natanti, di aeromobili e di veicoli spaziali;
- cagionati o subiti da cose, opere e installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori;
- cagionati da prodotti o cose in genere dopo la consegna a terzi o la loro messa in circolazione;
- da furto;

- alle opere in costruzione, alle cose sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori, inclusi navi, natanti, aeromobili o veicoli spaziali, e i pregiudizi economici relativi al loro mancato uso;
- alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato / Aderente o da lui detenute;
- da proprietà e conduzione di fabbricati diversi da quelli ove si svolge l'attività assicurata;
- a cose di cui l'Assicurato / Aderente debba rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile (cose portate o consegnate in alberghi, pensioni e analoghe attività);
- derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, nonché quelli derivanti da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- da circolazione di veicoli a motore, su strade di uso pubblico o su aree private ad esse equiparate;
- da uso di veicoli a motore, macchinari o impianti che siano condotti o azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- a condutture e impianti sotterranei e subacquei in genere;
- a cose dovute ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;
- conseguenti a inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;
- derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato / Aderente e non direttamente derivatigli dalla legge;
- derivanti dalla proprietà (anche in partecipazione) o conduzione di piattaforme e impianti di trivellazione ubicati in mare (off-shore rigs and platforms);
- da detenzione o impiego di esplosivi;
- verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici), nonché da produzione, detenzione o uso di sostanze radioattive;
- derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, professionali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
 - conseguenti, direttamente o indirettamente:
 - da silice, amianto e relative fibre o polveri;
 - dall'esposizione al "fumo passivo";
 - dalla generazione di campi elettrici, magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);
 - da organismi geneticamente modificati (O.G.M.) limitatamente per quanto riconducibile alla modificazione della struttura genetica;
 - da azioni riprovevoli o chiaramente ostili dell'Assicurato / Aderente o delle persone delle quali deve rispondere, manifestate attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti;
- derivanti da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra.

Sono inoltre esclusi:

- gli importi che l'Assicurato / Aderente sia tenuto a pagare a titolo di multe, ammende o a carattere sanzionatorio e non risarcitorio (a titolo esemplificativo: danni punitivi o esemplari);
- qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che la abbia determinata. La presente esclusione non si applica per le perdite derivanti da un atto cyber o da un incidente cyber che comporti lesioni fisiche a terzi o danni materiali a cose di terzi;
- qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato.

Gli eventuali limiti di risarcimento, franchigie e scoperti previsti nella copertura R.C.T. sono concordati con la Compagnia e indicati in polizza.

! RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO

Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, l'assicurazione non copre la responsabilità civile dell'Assicurato:

- per le malattie professionali;
- per i danni da detenzione o impiego di esplosivi;
- per i danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici), nonché da produzione, detenzione o uso di sostanze radioattive;
- per i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da organismi geneticamente modificati (O.G.M.) limitatamente per quanto riconducibile alla modificazione della struttura genetica;
- per i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da silice, amianto e relative fibre o polveri;
- per i danni da generazione di campi elettrici, magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);
- dall'esposizione a "fumo passivo";

- da azioni riprovevoli o chiaramente ostili dell'Assicurato/Aderente, o delle persone delle quali deve rispondere, manifestate attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti;
- da danni derivanti da fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché da incidenti dovuti a ordigni di guerra.

Sono inoltre esclusi:

- gli importi che l'Assicurato/Aderente sia tenuto a pagare a titolo di multe, ammende o a carattere sanzionatorio e non risarcitorio (a titolo esemplificativo: danni punitivi o esemplari);
- qualsiasi perdita cyber a prescindere da qualsiasi sia la causa o evento che la abbia determinata. La presente esclusione non si applica per le perdite derivanti da un atto cyber o da un incidente cyber che comporti lesioni fisiche a terzi o danni materiali a cose di terzi;
- qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di risarcimento, costo o spesa, direttamente o indirettamente derivante da, cui abbia contribuito, o in relazione a perdita d'uso, riduzione di funzionalità, riparazione, sostituzione, ripristino o riproduzione di un dato, compreso qualsiasi importo relativo al valore di tale dato.

Gli eventuali limiti di risarcimento, franchigie e scoperti previsti nella copertura R.C.O. sono concordati con la Compagnia e indicati in polizza.

! RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, l'assicurazione non comprende i danni:

- conseguenti a richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato / Aderente antecedentemente alla data di decorrenza e successivamente alla data di scadenza dell'assicurazione indicate in polizza;
- conseguenti a richieste di risarcimento relative ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi prima della retroattività indicata in polizza.
- conseguenti a fatti noti all'Assicurato / Aderente prima della data di inizio della polizza, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori.
- relativi ad eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nello svolgimento di attività per le quali l'Assicurato / Aderente o il Personale dipendente o il Personale convenzionato o il Libero professionista sia privo dell'abilitazione o autorizzazione all'esercizio dell'attività o professione previste dalla normativa vigente in materia;
- conseguenti a danni cagionati a terzi e derivanti da prestazioni che esulano dalle prestazioni dichiarate in polizza;
- causati alle cose di terzi detenute dall'Assicurato / Aderente a qualsiasi titolo ed oggetto, utilizzo e/o strumento per lo svolgimento dell'attività;
- relativi 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 / Aderente, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- derivanti da alluvioni, inondazioni, terremoti e calamità naturali in genere;
- derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, violenze e molestie o abusi sessuali, morali o psicofisici, tra cui il c.d. mobbing;
- derivanti da consulenza on line o pubblicazioni sul web in materia sanitaria o di divulgazione sanitaria;
- derivanti da Sperimentazioni Cliniche di cui al D.M. 14 luglio 2009.
- derivanti da responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci, presidi e dispositivi;
- imputabili ad assenza del consenso informato;
- derivanti dalla violazione delle disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), al D.Lgs. 196 del 2003 e successive modifiche e integrazioni (Codice Privacy);
- derivanti da violazione del diritto all'autodeterminazione conseguenti all'inottemperanza di quanto previsto dal capo IV – Informazione e Consenso - del Codice di Deontologia medica;
- relative alla richiesta di rimborso del compenso percepito dall'Assicurato / Aderente per le prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro;
- di natura estetica e fisionomica conseguenti ad interventi e terapie di natura estetica;
- connessi all'attività didattica o di ricerca svolta nell'ambito delle Strutture dell'Assicurato / Aderente;
- verificatisi nell'ambito dei reparti di ricovero e cura gestiti da Enti convenzionati con l'Assicurato / Aderente;
- derivanti dall'effettuazione di qualsiasi attività inerente alle analisi ambientali;
- derivanti da attività a carattere chirurgico;
- derivanti direttamente o indirettamente dalla malattia Coronavirus (CoViD-19) e/o da SARS-CoV-2 (e da qualsiasi mutazione o variazione di tale virus) e/o da ogni altra malattia trasmissibile (e dai relativi virus o organismi) che sia stata qualificata quale epidemia o pandemia dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o da altra autorità competente in materia di sanità pubblica;
- derivanti dall'effettuazione di qualsiasi indagine anatomopatologica;
- derivanti dalla pratica di tecniche di fecondazione artificiale o assistita o di clonazione genetica;
- derivanti dalla attività di Direttore sanitario;

- derivanti da fonti radioattive.

Gli eventuali limiti di risarcimento, franchigie e scoperti previsti nella copertura R.C. Professionale sono concordati con la Compagnia e indicati in polizza



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: <u>RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI, VERSO I PRESTATORI DI LAVORO, PROFESSIONALE</u> <u>L'Assicurato / Aderente deve:</u> - comunicare per iscritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia, entro 10 giorni dalla data dell'avvenimento o dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, la data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note, le modalità di accadimento, nonché nome e domicilio delle persone danneggiate e degli eventuali testimoni del sinistro; - anticipare i contenuti della comunicazione scritta con una comunicazione e-mail diretta all'Intermediario al quale è assegnata la polizza o alla Compagnia, in caso di lesione grave o gravissima; - immediatamente informare la Compagnia delle procedure civili o penali promosse contro di lui, fornendo tutti i documenti e le prove utili alla difesa; - in caso di assicurazione presso diversi assicuratori, darne avviso a ciascuno di essi, indicando il nome degli altri. <u>Nel caso specifico di copertura R.C.O., l'Assicurato/Aderente deve denunciare soltanto:</u> - i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta o un'ispezione da parte delle autorità competenti a norma della legge infortuni; - i sinistri mortali o riguardanti lesioni gravi o gravissime; - i sinistri per i quali ha ricevuto una richiesta di risarcimento.
Cosa fare in caso di sinistro?	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista. Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. In particolare, nell'assicurazione della responsabilità civile il suddetto termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato / Aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come pure la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'Impresa	La Compagnia provvede al pagamento del risarcimento entro 30 giorni dal ricevimento degli atti di quietanza debitamente firmati.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio di polizza deve essere pagato all'intermediario autorizzato a cui è assegnata la polizza oppure alla Compagnia. Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente. Frazionamento: In alternativa al pagamento annuale del premio, il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale. In tali casi il pagamento del premio è gravato dall'addizionale di frazionamento del 1%.
Rimborso	Se la Compagnia esercita il diritto di recesso in caso di sinistro rimborsa la parte di premio, relativa al periodo che intercorre da tale data alla scadenza del periodo di assicurazione, al netto degli oneri fiscali, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza è emessa con durata annuale e con tacito rinnovo, pertanto, in assenza di disdetta, la polizza si rinnova tacitamente alla scadenza per un anno e così a seguire, salva la possibilità di recesso in caso di sinistro; In caso di disdetta della convenzione la singola polizza della singola RSA aderente avrà validità sino alla naturale scadenza annua successiva alla disdetta della convenzione.
Sospensione	Non è prevista la facoltà di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto di ripensamento dopo la stipula.
Risoluzione	Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle riportate nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato alle residenze sanitarie per anziani e strutture sociosanitarie assistenziali private (ad esempio: società di persone, di capitale, cooperative, consortili) con sede legale in Italia che svolgono esclusivamente attività socioassistenziale con degenza notturna, inclusa l'attività socioassistenziale svolta presso terzi in nome e per conto della Struttura, per proteggerle dai rischi di responsabilità civile derivanti dallo svolgimento delle loro attività professionali, di responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori di lavoro.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte di provvigioni corrisposta agli intermediari ammonta al 30 %.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Il soggetto che si reputi insoddisfatto con riferimento al contratto può presentare reclamo alla Compagnia; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione di contratto. I reclami vanno inviati a: REVO Insurance S.p.A. – Segreteria Generale – Funzione Reclami, con una delle seguenti modalità alternative: - per posta ordinaria al seguente indirizzo: Via Monte Rosa, n. 91 – 20149 Milano - per posta elettronica al seguente indirizzo: reclami@revoinsurance.com - per posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: reclami@pec.revoinsurance.com - per fax al numero: 02/92885749. La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Nel caso di reclami concernenti il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti/collaboratori di cui la Compagnia si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, si provvederà direttamente alla loro gestione, entro il termine massimo di 45 giorni, ferma restando la possibilità di sospendere tale termine per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. Nel caso di reclami concernenti il comportamento dei Broker e loro dipendenti/collaboratori, questi potranno essere a loro indirizzati e la relativa gestione ricadrà direttamente sull'Intermediario interessato. Nel caso in cui tali reclami fossero indirizzati a REVO Insurance S.p.A., la stessa provvederà a trasmetterli al broker interessato dandone contestuale notizia al reclamante.
----------------------------------	--

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non sono previsti altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

